

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

33081 - Aviano (PN) - Italy
Via Franco Gallini 2
C.F. - P.IVA 00623340932
Tel. 0434/6591
Fax 0434/652182

CENTRO DI RIFERIMENTO
ONCOLOGICO



Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico (D.I. 31/07/1990, 18/01/2005, 11/12/2009)

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N° **308** DEL **07/07/2023**

OGGETTO

APPROVAZIONE BUDGET ANNO 2023

IL DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa Francesca Tosolini

*nominato con Delibera di Giunta della Regione FVG n. 2270 del 27.12.2019
e incaricato con contratto n. 742/AP del 27.12.2019,
a decorrere dal 01.01.2020 e sino al 31.12.2024*

OGGETTO: APPROVAZIONE BUDGET ANNO 2023

Il Direttore Amministrativo

Richiamati:

- il D. Lgs. 150 del 27 dicembre 2019 che disciplina il ciclo della performance;
- la legge regionale 10 novembre 2015 n. 26 recante “Disposizioni in materia di programmazione e contabilità e altre disposizioni finanziarie urgenti” all’art. 42 prevede per le aziende del SSR una gestione per budget;

Vista la deliberazione di Giunta Regionale n. 480 in data 17 marzo 2023 che approva in via definitiva il documento “L.R. 22/201. Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale anno 2023” nel quale sono definiti:

- il processo di programmazione;
- le risorse;
- le progettualità annuali;

Richiamata la deliberazione del Direttore Generale n. 209 del 17 maggio 2023 con la quale è stato adottato in via definitiva il “Programma annuale e Bilancio preventivo 2023”;

Precisato che nel suddetto programma, compatibilmente con i vincoli economici, l’Istituto ha formulato la programmazione dell’erogazione dei livelli di assistenza da garantire nell’anno 2023, individuando le linee di attività dell’area clinico-assistenziale e di ricerca e declinando, nel proprio contesto aziendale, gli obiettivi afferenti alle linee progettuali indicate dalla Regione e definendo altresì la programmazione delle assunzioni di personale e il piano degli investimenti;

Ritenuto di individuare i centri di responsabilità di attività cui all’allegato 1;

Evidenziato che la SOSD “Controllo di gestione” ha iniziato nel mese di marzo le attività inerenti al processo di budget per l’anno in corso;

Considerato che nel periodo marzo-luglio sono stati definiti gli obiettivi e si sono svolte le riunioni di negoziazione di budget delle Strutture Operative dei Dipartimenti;

Analizzato nella sua forma attualmente definitiva il documento contenente le schede di budget 2023 predisposto dalla SOSD “Controllo di gestione” e ritenuto che gli obiettivi/progetti ivi rappresentati sono coerenti con le finalità contenute nella programmazione aziendale 2023;

Preso atto che in data 18 maggio 2023 è stato presentato l’avvio del percorso di budget all’OIV;

Rilevato che successivamente alla negoziazione tutte le schede di budget sono state trasmesse dalla SOSD controllo di gestione ai vari responsabili di budget con invito a diffondere il contenuto a tutti i

propri collaboratori;

Precisato che le fasi di monitoraggio e valutazione sono disciplinate nel documento “sistema di misurazione e valutazione della performance anno 2023”;

IL DIRETTORE GENERALE

Vista l’attestazione, da parte del responsabile della Struttura SOSD Controllo di Gestione dell’avvenuta regolare istruttoria del provvedimento, anche in merito alla compatibilità amministrativa, tecnica e contabile con riferimento alla vigente legislazione regionale e statale;

Preso atto del visto del Direttore della SOC Gestione risorse Economico Finanziarie che attesta la regolarità contabile del presente provvedimento;

Preso atto del visto apposto dal Responsabile dell'Ufficio Legale che attesta la legittimità del presente provvedimento;

Visto il D.Lgs. 30.12.1992, n. 502 *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421.”* e s.m. ed i.;

Visto il D.Lgs. 16.10.2003, n. 288 *“Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell’articolo 42, comma 1, della L. 16 gennaio 2003, n. 3.”* e s.m. ed i.;

Vista la L.R. 10.08.2006, n. 14 *“Disciplina dell’assetto istituzionale, organizzativo e gestionale degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico “Burlo Garofolo” di Trieste e “Centro di Riferimento Oncologico” di Aviano.”* e s.m. ed i.;

Vista la L.R. 12.12.2019, n. 22 *“Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006”;*

acquisito, per quanto di rispettiva competenza, il parere favorevole:

del Direttore Sanitario, Dott. Nelso Trua,

del Direttore Amministrativo, Dott.ssa Cristina Zavagno

e del Direttore Scientifico, Dott.ssa Silvia Franceschi

DELIBERA

per le ragioni in premessa specificate, che qui si intendono integralmente riportate:

1. di approvare il documento “Elenco centri di responsabilità di attività anno 2023” (All. 1);
2. di prendere atto della conclusione del percorso di definizione degli obiettivi di budget 2023 e di approvare le schede di budget (All. 2);

Allegati n. 2

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: RAFFAELLA CATTARUZZA
CODICE FISCALE: CTTRFL70L64A5160
DATA FIRMA: 07/07/2023 14:36:32
IMPRONTA: A71539CDD636ECAB30868DCE9DE380374BBD673C827D0C885CE207A63D0E3CEF
4BBD673C827D0C885CE207A63D0E3CEF44FB2A7A01E1840C7B6667AFDA1D5420
44FB2A7A01E1840C7B6667AFDA1D5420BBE77594EAF205D3AEE66B427BA8C961
BBE77594EAF205D3AEE66B427BA8C961EE23B1A680B40256B5FC3067586715AF

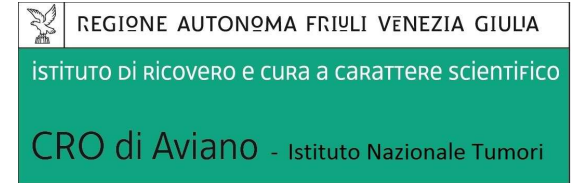
NOME: CLAUDIA MOSCARDA
CODICE FISCALE: MSCCLD79E56L736V
DATA FIRMA: 07/07/2023 16:38:57
IMPRONTA: 50CB4EBEEF0556FDAD41CF01D08D1B036342805C8C2AD39FD1D91BD970201B5B
6342805C8C2AD39FD1D91BD970201B5B8EF4974A363CAD0D0DBC339D4045AF6F
8EF4974A363CAD0D0DBC339D4045AF6F3723C87586FF3618B6114E68962702EA
3723C87586FF3618B6114E68962702EADAF4536514F64E1C50980898F526CEF0

NOME: NELSO TRUA
CODICE FISCALE: TRUNLS68E13C352L
DATA FIRMA: 07/07/2023 16:43:16
IMPRONTA: 65110C69F1887DF2A4AEA68A4E5DA6CC12FAE9A67AE2D90C3CACBB895348FF8
C12FAE9A67AE2D90C3CACBB895348FF893E6963379864C017D3ABBA6B926F826
93E6963379864C017D3ABBA6B926F826D2C196032423ADEAE8BDA0D665E62A27
D2C196032423ADEAE8BDA0D665E62A27ED9B73C594406756D002F131F94727FF

NOME: SILVIA FRANCESCHI
CODICE FISCALE: FRNSLV55B49F205D
DATA FIRMA: 07/07/2023 16:46:37
IMPRONTA: B3EA358ED64A341A9DD2DB105FDD5CE42AEED8FE86FF4FB803E485A78906500A
2AEED8FE86FF4FB803E485A78906500ABE6FD4BEE8CA210B170B1B855A4DC530
BE6FD4BEE8CA210B170B1B855A4DC53097E7ACB65C03BEC47C8D2563F8EDE09D
97E7ACB65C03BEC47C8D2563F8EDE09D2597E334D4BCDF1F5115B6B8CB992E26

NOME: CRISTINA ZAVAGNO
CODICE FISCALE: ZVGCST68P69Z401X
DATA FIRMA: 07/07/2023 16:50:11
IMPRONTA: 5C36F2C821AF90BBDCA13D1C3D2EBEF15285B9F34D427AFB0A8656070B1570C9
5285B9F34D427AFB0A8656070B1570C96461EB541668DF49270883FE40EEB4B4
6461EB541668DF49270883FE40EEB4B4114FECBB5C62A726035D0C88CC1D9DBB
114FECBB5C62A726035D0C88CC1D9DBB635120D478F48F9CAD6DF2F239C0A4AB

NOME: "FRANCESCA TOSOLINI"
CODICE FISCALE: TSLFNC68M54L483X
DATA FIRMA: 07/07/2023 16:56:59
IMPRONTA: 7D5C207C87088577C87B49DECB97CAA5C07EA3A65254B9A4C23284AF7CBF2BBB
C07EA3A65254B9A4C23284AF7CBF2BBBACC5207C6E0BFB64E92B2FB34B322007
ACC5207C6E0BFB64E92B2FB34B322007BE6D36A22CBE60A9E627CA659D1B29DF
BE6D36A22CBE60A9E627CA659D1B29DF82739549EFFF76F1445F3D8719389199



CRO di Aviano - Istituto Nazionale Tumori

Allegato 1

- Elenco centri di responsabilità di attività anno 2023

CENTRI DI RESPONSABILITA' DI ATTIVITA' – ANNO 2023
Strutture Operative Complesse, Strutture Operative Semplici e Uffici di staff delle direzioni

Elenco centro di responsabilità	Dirigenza	Comparto	Comparto Sanità
Dipartimento di Oncologia Medica			
SOC Oncologia Medica e dei Tumori Immunocorrelati	X		
SOC Oncologia Medica e Prevenzione Oncologica	X		
SOC Gastroenterologia Oncologica Sperimentale	X		
SOSD Oncoematologia Trapianti Emopoietici e Terapie Cellulari	X		
Comparto – Dipartimento di Oncologia Medica		X	
Dipartimento di Oncologia Chirurgica			
SOC Chirurgia Oncologica Generale	X		
SOC Chirurgia Oncologica del Seno	X		
SOC Chirurgia Oncologica Ginecologica	X		
SOC Anestesia e Rianimazione	X		
SOSD Medicina del dolore clinica e sperimentale	X		
Comparto – Dipartimento di Oncologia Chirurgica		X	
Dipartimento della Ricerca e della Diagnostica avanzata dei Tumori			
SOC Oncogenetica e Oncogenomica funzionale	X		X
SOC Oncol. Molecolare e Modelli Preclin. di Progress. Tumorale	X		X
SOC Farmacologia Sperimentale e Clinica	X		X

	Dirigenza	Comparto	Comparto Sanità
SOC Immunopatologia e Biomarcatori Oncologici	X		X
SOC Oncoematologia Clinico Sperimentale	X		X
SOSD Anatomia Patologica ad indirizzo oncologico	X		X
SOSD Trattamento di cellule staminali per le terapie cellulari	X		X
Comparto – Dipartimento della Ricerca e della Diagnostica avanzata dei Tumori		X	
Dipartimento delle Alte Tecnologie			
SOC Radiologia Oncologica	X		
SOC Medicina Nucleare	X		
SOC Fisica Sanitaria	X		
SOC Oncologia Radioterapica	X		
Comparto – Dipartimento delle Alte Tecnologie		X	
Dipartimento della gestione amministrativa			
Direzione amministrativa (ufficio cassa)		X	
SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica	X	X	
SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche	X	X	
SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie	X	X	
SOC Legali, Affari Generali e gestione Risorse Umane	X	X	
Direzione Generale			
Direzione Generale (Direzione Generale, SPPA)	X	X	
SOSD Controllo di Gestione	X	X	

	Dirigenza	Comparto	Comparto Sanità
Direzione Sanitaria			
Direzione Sanitaria (Direzione Medica, URP, CAF)	X	X	X
SOSD Direzione delle Professioni sanitarie	X	X	
SOSD Farmacia	X	X	X
SOSD Psicologia Oncologica	X		
Direzione Scientifica			
Direzione Scientifica (Segreteria Scientifica/uffici di staff, Ufficio Clinical Trial, Servizio Biblioteca)	X	X	X
SOC Epidemiologia Oncologica	X	X	X

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: RAFFAELLA CATTARUZZA

CODICE FISCALE: CTTRFL70L64A5160

DATA FIRMA: 07/07/2023 14:36:09

IMPRONTA: 9EC7A58FEA798FB530CDC4DF39F8E11912C699CCE01BF04D587AAC9ACEC761B5
12C699CCE01BF04D587AAC9ACEC761B5A4C76EC2A634736A4529F64E936CCDA
A4C76EC2A634736A4529F64E936CCDA8A323E331A4363C568C730A245EDC72B
8A323E331A4363C568C730A245EDC72BE58B9B4C4B35366E2E66E4E1B820B57E

NOME: CLAUDIA MOSCARDA

CODICE FISCALE: MSCCLD79E56L736V

DATA FIRMA: 07/07/2023 16:38:51

IMPRONTA: 1F7C74FCFCC6A64F99DD80BD01D5B48DDC368111818544E9191CB803676627B6
DC368111818544E9191CB803676627B6BAF16E77B664D1E07C3EF68207D3F4C0
BAF16E77B664D1E07C3EF68207D3F4C03FAA827ED535EE2E0005421825E99C91
3FAA827ED535EE2E0005421825E99C91AC88421EB5D2E8632C297578FCC3A1D9

NOME: NELSO TRUA

CODICE FISCALE: TRUNLS68E13C352L

DATA FIRMA: 07/07/2023 16:43:10

IMPRONTA: 4CFA37AE38E4B93C81B4E3BD82DD58428FD5DE542CDD6857985EF3EA7912F5C6
8FD5DE542CDD6857985EF3EA7912F5C6383B212C7843517175BC753E368C3EEBC21C7DE081368B26EF4667C3E7579160
383B212C7843517175BC753E368C3EEBC21C7DE081368B26EF4667C3E7579160
C21C7DE081368B26EF4667C3E75791604F3BD7451AD76FECE32B1B92798D8018

NOME: SILVIA FRANCESCHI

CODICE FISCALE: FRNSLV55B49F205D

DATA FIRMA: 07/07/2023 16:46:30

IMPRONTA: 4F06B0F5865719591A6115175CF5A0D0AD821267A4948A5F6C08A75D58FB3B06
AD821267A4948A5F6C08A75D58FB3B06346A7B7CFAD5144F2EE9DE728C8D6767
346A7B7CFAD5144F2EE9DE728C8D6767D78926E9C52DA0786E68B71FC0C4C9B1
D78926E9C52DA0786E68B71FC0C4C9B1C2F1A5E388DF2A5CFC98484EE51E168D

NOME: CRISTINA ZAVAGNO

CODICE FISCALE: ZVGCST68P69Z401X

DATA FIRMA: 07/07/2023 16:50:05

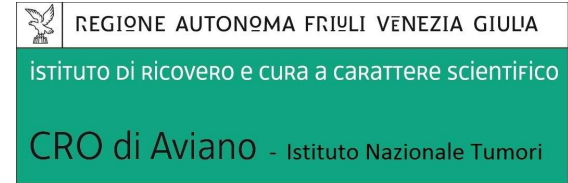
IMPRONTA: 275F8A26822E3C5D88D2F260CB15A232D4525357BBBE556646F9E200AEDFE110
D4525357BBBE556646F9E200AEDFE110CC565F97EA734EAE2199B15AFEAF4214
CC565F97EA734EAE2199B15AFEAF42148A6516292A8B7C5A8DDBAFA8786274A7
8A6516292A8B7C5A8DDBAFA8786274A7687E606D5304DB729306C4E352D4DC4D

NOME: "FRANCESCA TOSOLINI"

CODICE FISCALE: TSLFNC68M54L483X

DATA FIRMA: 07/07/2023 16:56:53

IMPRONTA: C8DF2AC238BC0E1798778C6174E3AAD7192FEA5D2219F0DC081760795A0F988B
192FEA5D2219F0DC081760795A0F988B6A54436CB2ECF0D63F68DD906F67DC66
6A54436CB2ECF0D63F68DD906F67DC6626BC00BB0E251FAE43705DBD4DEC1F1C
26BC00BB0E251FAE43705DBD4DEC1F1CF421992657C6D0C2B61BA4C980B5877A



Allegato 2

➤ Schede di budget anno 2023

BUDGET 2023

Dirigenza sanitaria, dirigenza PTA e comparto

Dipartimento di Oncologia Medica (DOM)

SOC Oncologia Medica e dei Tumori Immunocorrelati	pagg. 01-05
SOC Oncologia Medica e Prevenzione Oncologica	pagg. 06-10
SOC Gastroenterologia Oncologica Sperimentale	pagg. 11-14
SOSD Oncoematologia Trapianti Emopoietici e Terapie Cellulari	pagg. 15-18
Dipartimento di Oncologia Medica – Comparto	pagg. 19-21

Dipartimento di Oncologia Chirurgica (DOC)

SOC Chirurgia Oncologica Generale	pagg. 22-26
SOC Chirurgia Oncologica Ginecologica	pagg. 27-31
SOC Chirurgia Oncologica del Seno	pagg. 32-36
SOC Anestesia e Rianimazione	pagg. 37-39
SOSD Medicina del dolore Clinica e Sperimentale	pagg. 40-43
Dipartimento di Oncologia Chirurgica – Comparto	pagg. 44-45

Dipartimento delle Alte Tecnologie (DAT)

SOC Oncologia Radioterapica	pagg. 46-49
SOC Fisica Sanitaria	pagg. 50-53

SOC Radiologia Oncologica	pagg. 54-57
SOC Medicina Nucleare	pagg. 58-61
Dipartimento delle Alte Tecnologie – Comparto	pagg. 62-64

Dipartimento della Ricerca e della Diagnostica avanzata dei Tumori (DRDT)

SOSD Anatomia Patologica ad Indirizzo Oncologico	pagg. 65-67
SOC Oncogenetica e Oncogenomica Funzionale	pagg. 68-70
SOC Oncol. Molecolare e Modelli Preclin. di Progress. Tumorale	pagg. 71-73
SOC Farmacologia Sperimentale e Clinica	pagg. 74-76
SOC Oncoematologia Clinico Sperimentale	pagg. 77-79
SOC Immunopatologia e Biomarcatori Oncologici	pagg. 80-82
SOSD Trattamento di Cellule Staminali per le Terapie Cellulari	pagg. 83-85
Dipartimento della Ricerca e della Diagnostica Avanzata dei Tumori – Comparto	pagg. 86-88

Dipartimento della Gestione Amministrativa (DGA)

SOC Legali, Affari Generali e Gestione Risorse Umane	pagg. 89-91
SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica	pagg. 92-94
SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche	pagg. 95-97
SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie	pagg. 98-99
Direzione amministrativa – Ufficio Cassa	pagg. 100-101

Direzione Generale

Direzione Generale	pag. 102
Direzione Generale – Servizio Protezione e Prevenzione Aziendale	pagg. 103-104
SOSD Controllo di Gestione	pagg. 105-107

Direzione Sanitaria

Direzione Medica	pagg. 108-110
Direzione Sanitaria – Ufficio Relazioni con il Pubblico	pagg. 111-112
Direzione Sanitaria - Centro Attività Formative	pagg. 113-114
SOSD Direzione delle Professioni Sanitarie	pagg. 115-118
SOSD Farmacia	pagg. 119-122
SOSD Psicologia Oncologica	pagg. 123-124

Direzione Scientifica

Direzione Scientifica – Segreteria Scientifica e Uffici di Staff	pagg. 125-126
Direzione Scientifica – Ufficio Clinical Trial	pag. 127
Direzione Scientifica – Servizio Biblioteca	pag. 128
SOC Epidemiologia Oncologica	pagg. 129-130

SCHEDA BUDGET 2023 - SOC ONCOLOGIA MEDICA E DEI TUMORI IMMUNOCORRELATI - DIRIGENZA

C - Appropriately dei ricoveri

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
2 appropriatezza dell'attività di ricovero ordinario	Controlli di appropriatezza dell'attività di ricovero	≥ 85% (valore II semestre 2022)	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.	5%	5%	Direzione Sanitaria

D - Indicatori di efficienza operativa ed appropriatezza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
3 Indicatore LEA H04Z - appropriatezza ricoveri ordinari della struttura	rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario nel secondo semestre 2023	valore 2° semestre 2023 ≤ 2022 - 20%	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0% Nella valutazione si terrà conto dei risultati del monitoraggio della check list	10%	10%	SOSD Controllo di Gestione

E - Attività di chemioterapia infusione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
4 Garantire l'attività CT infusione presso la sede Pordenone da parte di OMTI e OMP	numero giorni settimana e pazienti/die da parte delle due strutture	2 giornate alla settimana con almeno 8 pazienti die (escluse le terapie di supporto) da parte delle due strutture	Precondizione per la valutazione dell'obiettivo è la presenza di 2 giornate alla settimana. Il target per la singola giornata viene valutato come segue: ≥ 8 pazienti = 100% ≥ 5 e < 7 = in proporzione all'intervallo < 5 = 0%.	10%	15%	Direzione Sanitaria

5

Gestione dei trattamenti oncologici in regime ambulatoriale presso la sede di Aviano da parte delle strutture OMTI, OMP e TCAD

1. formalizzazione e adozione del protocollo con i criteri per l'erogazione di chemioterapie in giornata
2. % di trattamenti oncologici che non rispettano i criteri definiti nel protocollo rispetto al totale dei trattamenti

1. entro il 31.07.23
2. ≤ 40% nel periodo settembre-dicembre

1. Il risultato viene valutato come segue:
se il risultato è sì = 100%
se il risultato è no = 0%
2. La percentuale di raggiungimento dei due target viene valutata come segue:
≥ 95% = 100%
≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo
<50% = 0%.
L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target

10%

15%

Direzione Sanitaria

6

programmazione dell'attività di chemioterapia da parte delle strutture cliniche e della farmacia in rapporto alle risorse disponibili

1. definizione e adozione del documento di programmazione dell'attività di chemioterapia in collaborazione con le strutture OMTI, OMP, TCAD e farmacia
2. applicazione della programmazione definita

1. entro il 31.07.2023
2. evidenza dell'applicazione della programmazione nel periodo settembre-dicembre

1.2. Il risultato viene valutato come segue:
se il risultato è sì = 100%
se il risultato è no = 0%
L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target.

15%

10%

Direzione Sanitaria

7

Gestione dei trattamenti oncologici in regime ambulatoriale con modalità differita presso la sede CRO

valutazione di ambiti di applicazione

presentazione documento entro 31.07.2023

Il risultato viene valutato come segue:
se il risultato è sì = 100%
se il risultato è no = 0%

5%

5%

Direzione Sanitaria

F - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza		
8	Mantenimento produzione scientifica: Impact Factor	1. Impact factor grezzo frazionato anno 2023 relativo agli articoli pubblicati 2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2023 relativo agli articoli pubblicati	1. > media impact factor grezzo frazionato 2020-2022 relativo agli articoli pubblicati 2. > media impact factor normalizzato frazionato 2020-2022 relativo agli articoli pubblicati	Ai singoli target viene riconosciuta una franchigia del 30% entro la quale i valori registrati vengono valutati raggiunti al 100%; al di sotto della franchigia i target non sono raggiunti. Il primo target pesa per il 60% mentre il secondo target pesa per il 40%	5%	5%	Biblioteca Scientifica
9	Mantenimento produzione scientifica: Numero pubblicazioni	1. Numero delle pubblicazioni anno 2023 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 2. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 3 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	1. > media numero pubblicazioni anni 2020-2022 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 2. Almeno 1	Al primo target viene riconosciuta una franchigia del 30% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%; al di sotto della franchigia il target non è raggiunto. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	5%	5%	Biblioteca Scientifica

G - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
1 Garantire nel Registro AIFA l'inserimento di tutte le informazioni previste per i farmaci soggetti a registrazione con particolare riferimento ai farmaci innovativi	garantire l'inserimento di tutte le informazioni richieste da AIFA	evidenza della registrazione (monitoraggio della farmacia)	Il risultato viene valutato a partire da giugno come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%	5%	5%	SOSD Farmacia

I - governo dei tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
10 Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali	garantire il rispetto dei tempi di attesa della visita oncologica per la priorità B	≥ 90%	Nel caso in cui non vengano rispettati i tempi di attesa, si terrà conto dei volumi riferiti alla priorità B.	5%	5%	SOSD Controllo di Gestione

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
11 Gruppi multidisciplinari	favorire la partecipazione ai GAMO dei propri collaboratori secondo gli standard definiti nei singoli regolamenti	evidenza della partecipazione (monitoraggio semestrale della direzione sanitaria)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%		Direzione Sanitaria
12 Gruppi multidisciplinari	partecipazione agli internal review meeting come da regolamento GAMO	entro il 31.07.2023	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	Direzione Sanitaria

O - Contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
13 rispetto del vincolo regionale in tema di spesa farmaceutica oncologica ospedaliera	1. valore farmaci oncologici ospedalieri (esclusi gli innovativi) 2. predisposizione di due relazioni sull'andamento della spesa con evidenza delle azioni messe in atto al fine di contenere il costo complessivo dei farmaci (genericazione, utilizzo bioequivalenti, biosimilari, appropriatezza prescrittiva)	1. ≤ 2022 2. prima relazione riferita al periodo gen-set: invio alla SOSD controllo di gestione entro il 31.10.2023 seconda relazione riferita all'intero anno: invio alla SOSD controllo di gestione entro il 31.01.2024	1. La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: $\geq 95\% = 100\%$ $\geq 50\% \text{ e } < 95\% = \text{in proporzione all'intervallo}$ $< 50\% = 0\%$. Nella valutazione si terrà conto di incrementi/decrementi di attività rispetto al risultato 2022 2. in proporzione al numero di relazioni coerenti inviate L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	5%	5%	SOSD Controllo di Gestione

P - gestione risorse umane

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
14 gestire le ferie	1. stesura del piano ferie annuale della struttura 2. n. giorni di ferie	1. invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il mese di luglio 2. fruizione di un numero di giorni di ferie pari almeno al totale maturato nell'anno corrente da parte del personale dirigente della struttura	1. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% 2. la valutazione è effettuata a livello di struttura operativa complessiva e la percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: $\geq 95\% = 100\%$ $\geq 50\% \text{ e } < 95\% = \text{in proporzione all'intervallo}$ $< 50\% = 0\%$. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	5%	5%	SOSD Controllo di Gestione

S - Progetti di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
15 Progetti di accreditamento	Accreditamento istituzionale regione FVG: collaborare alla revisione delle procedure operative oggetto di valutazione Accreditamento OECl: Collaborare alla costruzione del cruscotto di indicatori aziendale	è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro per: - la revisione della documentazione non clinica, a partire da quella oggetto di valutazione nell'ambito del programma di accreditamento istituzionale regionale -la progettazione e implementazione del cruscotto di indicatori di qualità e rischio clinico previsto tra i requisiti del programma di accreditamento OECl	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	Direzione Sanitaria
				100%	100%	

Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR

In corso d'anno verrà garantito il raffronto dei volumi di attività resi in regime libero professionale con i volumi resi in regime istituzionale

SCHEDA BUDGET 2023 - SOC ONCOLOGIA MEDICA E PREVENZIONE ONCOLOGICA - DIRIGENZA

C - Appropriately dei ricoveri

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
18 appropriatezza dell'attività di ricovero ordinario	Controlli di appropriatezza dell'attività di ricovero	≥ 89% (valore II semestre 2022)	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.	5%	5%	SOSD Controllo di Gestione

D - Indicatori di efficienza operativa ed appropriatezza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
16 Indicatore LEA H04Z - appropriatezza ricoveri ordinari della struttura	rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriately in regime ordinario nel secondo semestre 2023	valore 2° semestre 2023 ≤ 2022 - 20%	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0% Nella valutazione si terrà conto dei risultati del monitoraggio della check list	10%	10%	Direzione Sanitaria

E - Attività di chemioterapia infusione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
19 Garantire l'attività CT infusione presso la sede Pordenone da parte di OMTI e OMP	numero giorni settimana e pazienti/die da parte delle due strutture	2 giornate alla settimana con almeno 8 pazienti die (escluse le terapie di supporto) da parte delle due strutture	Precondizione per la valutazione dell'obiettivo è la presenza di 2 giornate alla settimana. Il target per la singola giornata viene valutato come segue: ≥ 8 pazienti = 100% ≥ 5 e < 7 = in proporzione all'intervallo < 5 = 0%.	10%	15%	Direzione Sanitaria

20

Gestione dei trattamenti oncologici in regime ambulatoriale presso la sede di Aviano da parte delle strutture OMTI, OMP e TCAD

1. formalizzazione e adozione del protocollo con i criteri per l'erogazione di chemioterapie in giornata
2. % di trattamenti oncologici che non rispettano i criteri definiti nel protocollo rispetto al totale dei trattamenti

1. entro il 31.07.23
2. ≤ 40% nel periodo settembre-dicembre

1. Il risultato viene valutato come segue:
se il risultato è sì = 100%
se il risultato è no = 0%
2 La percentuale di raggiungimento dei due target viene valutata come segue:
≥ 95% = 100%
≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo
<50% = 0%.
L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target

10%

15%

Direzione Sanitaria

21

programmazione dell'attività di chemioterapia da parte delle strutture cliniche e della farmacia in rapporto alle risorse disponibili

1. definizione e adozione del documento di programmazione dell'attività di chemioterapia in collaborazione con le strutture OMTI, OMP, TCAD e farmacia
2. applicazione della programmazione definita

1. entro il 31.07.2023
2. evidenza dell'applicazione della programmazione nel periodo settembre-dicembre

1.2. Il risultato viene valutato come segue:
se il risultato è sì = 100%
se il risultato è no = 0%
L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target.

15%

10%

Direzione Sanitaria

22

Gestione dei trattamenti oncologici in regime ambulatoriale con modalità differita presso la sede CRO

1. applicazione del protocollo con aumento della casistica
2. valutazione di ulteriori ambiti di applicazione

1. almeno 30 pazienti da giugno a dicembre per le indicazioni previste nel protocollo definito nel 2022
2. aggiornamento del protocollo entro 31.07.2023

1. La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue:
≥ 95% = 100%
≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.
2. Il risultato viene valutato come segue:
se il risultato è sì = 100%
se il risultato è no = 0%.
L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target

5%

5%

Direzione Sanitaria

F - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
23 Mantenimento produzione scientifica: Impact Factor	1. Impact factor grezzo frazionato anno 2023 relativo agli articoli pubblicati 2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2023 relativo agli articoli pubblicati	1. > media impact factor grezzo frazionato 2020-2022 relativo agli articoli pubblicati 2. > media impact factor normalizzato frazionato 2020-2022 relativo agli articoli pubblicati	Ai singoli target viene riconosciuta una franchigia del 30% entro la quale i valori registrati vengono valutati raggiunti al 100%; al di sotto della franchigia i target non sono raggiunti. Il primo target pesa per il 60% mentre il secondo target pesa per il 40%	5%	5%	Biblioteca Scientifica
24 Mantenimento produzione scientifica: Numero pubblicazioni	1. Numero delle pubblicazioni anno 2023 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 2. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 3 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	1. > media numero pubblicazioni anni 2020-2022 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 2. Almeno 1	Al primo target viene riconosciuta una franchigia del 30% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%; al di sotto della franchigia il target non è raggiunto. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	5%	5%	Biblioteca Scientifica

G - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
17 Garantire nel Registro AIFA l'inserimento di tutte le informazioni previste per i farmaci soggetti a registrazione con particolare riferimento ai farmaci innovativi	garantire l'inserimento di tutte le informazioni richieste da AIFA	evidenza della registrazione (monitoraggio della farmacia)	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%	5%	5%	SOSD Farmacia

I - governo dei tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
25 Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali	garantire il rispetto dei tempi di attesa della visita oncologica per la priorità B	≥ 90%	Nel caso in cui non vengano rispettati i tempi di attesa, si terrà conto dei volumi riferiti alla priorità B.	5%	5%	SOSD Controllo di Gestione

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
26 Gruppi multidisciplinari	favorire la partecipazione ai GAMO dei propri collaboratori secondo gli standard definiti nei singoli regolamenti	evidenza della partecipazione (monitoraggio semestrale della direzione sanitaria)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%		Direzione Sanitaria
27 Gruppi multidisciplinari	partecipazione agli internal review meeting come da regolamento GAMO	entro il 31.07.2023	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	Direzione Sanitaria

O - Contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
28 rispetto del vincolo regionale in tema di spesa farmaceutica oncologica ospedaliera	1. valore farmaci oncologici ospedalieri (esclusi gli innovativi) 2. predisposizione di due relazioni sull'andamento della spesa con evidenza delle azioni messe in atto al fine di contenere il costo complessivo dei farmaci (generizzazione, utilizzo bioequivalenti, biosimilari, appropriatezza prescrittiva)	1. ≤ 2022 2. prima relazione riferita al periodo gen-set: invio alla SOSD controllo di gestione entro il 31.10.2023 seconda relazione riferita all'intero anno: invio alla SOSD controllo di gestione entro il 31.01.2024	1. La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: $\geq 95\% = 100\%$ $\geq 50\% \text{ e } < 95\% = \text{in proporzione all'intervallo}$ $< 50\% = 0\%$. Nella valutazione si terrà conto di incrementi/decrementi di attività rispetto al risultato 2022 2. in proporzione al numero di relazioni coerenti inviate L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	5%	5%	SOSD Controllo di Gestione

P - gestione risorse umane

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
29 gestire le ferie	1. stesura del piano ferie annuale della struttura 2. n. giorni di ferie	1. invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il mese di luglio 2. fruizione di un numero di giorni di ferie pari almeno al totale maturato nell'anno corrente da parte del personale dirigente della struttura	1. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% 2. la valutazione è effettuata a livello di struttura operativa complessiva e la percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: $\geq 95\% = 100\%$ $\geq 50\% \text{ e } < 95\% = \text{in proporzione all'intervallo}$ $< 50\% = 0\%$. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	5%	5%	SOSD Controllo di Gestione

S - Progetti di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
30 Progetti di accreditamento	Accreditamento istituzionale regione FVG: collaborare alla revisione delle procedure operative oggetto di valutazione Accredimento OECE: Collaborare alla costruzione del cruscotto di indicatori aziendale	è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro per: - la revisione della documentazione non clinica, a partire da quella oggetto di valutazione nell'ambito del programma di accreditamento istituzionale regionale -la progettazione e implementazione del cruscotto di indicatori di qualità e rischio clinico previsto tra i requisiti del programma di accreditamento OECE	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	Direzione Sanitaria
Gli obiettivi riportati nella scheda sono assegnati anche al personale della SOSD attività oncologica presso il presidio ospedaliero di san Vito e Spilimbergo. Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR In corso d'anno verrà garantito il raffronto dei i volumi di attività resi in regime libero professionale con i volumi resi in regime istituzionale				100%	100%	

SCHEDA BUDGET 2023 - SOC GASTROENTEROLOGIA ONCOLOGICA SPERIMENTALE - DIRIGENZA

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
49 Garantire i volumi delle prestazioni monitorate per i tempi di attesa	numero prestazioni traccianti (l'obiettivo potrà essere rivisto in rapporto alle risorse di dirigente medico)	>= 3.448	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%	20%	20%	SOSD Controllo di Gestione

F - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
50 Mantenimento produzione scientifica: Impact Factor	1. Impact factor grezzo frazionato anno 2023 relativo agli articoli pubblicati 2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2023 relativo agli articoli pubblicati	1. > media impact factor grezzo frazionato 2020-2022 relativo agli articoli pubblicati 2. > media impact factor normalizzato frazionato 2020-2022 relativo agli articoli pubblicati	Ai singoli target viene riconosciuta una franchigia del 30% entro la quale i valori registrati vengono valutati raggiunti al 100%; al di sotto della franchigia i target non sono raggiunti. Il primo target pesa per il 60% mentre il secondo target pesa per il 40%	5%	5%	Biblioteca Scientifica
51 Mantenimento produzione scientifica: Numero pubblicazioni	1. Numero delle pubblicazioni anno 2023 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 2. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 3 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	1. > media numero pubblicazioni anni 2020-2022 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 2. Almeno 1	Al primo target viene riconosciuta una franchigia del 30% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%; al di sotto della franchigia il target non è raggiunto. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	5%	5%	Biblioteca Scientifica

H - Programmi di screening oncologici

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
46 Screening colon retto: Garantire la corretta e completa compilazione della cartella endoscopica (in particolare la codifica del livello di rischio assicurando di rendere definitiva la compilazione per gli esami di 2 livello di screening)	- % di cartelle endoscopiche compilate correttamente	≥95%	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	15%	SOSD Controllo di Gestione
47 Screening colon retto: Garantire l'offerta della colonscopia di approfondimenti di secondo livello entro 30 gg dalla positività del fobt di screening	- % di esami di secondo livello effettuati entro 30 gg dall'esito positivo del fobt	≥90%	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%	SOSD Controllo di Gestione

I - governo dei tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
48 Garanzia erogativa prestazioni ambulatoriali	1. garantire il rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche come definite dal PNGLA 2019-2021 per le priorità B, D e P 2. attuazione del programma di presa in carico per forte sospetta neoplasia	1. ≥ 90% 2. invio alla direzione sanitaria della relazione di analisi dei quesiti diagnostici dei pazienti fuori termine e la presa in carico (relazione semestrale)	1. Sono escluse dalla valutazione le prestazioni che hanno registrato volumi di erogazione <20 prestazioni. Nel caso in cui non vengano rispettati i tempi di attesa, si terrà conto dei volumi riferiti alla priorità B, D e P. Nella valutazione si terrà conto dei risultati dell'appropriatezza delle priorità delle prescrizioni in termini di indagine campionaria effettuata dalla struttura interessata. 2. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei singoli target	15%	15%	SOSD Controllo di Gestione

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
52 Gruppi multidisciplinari	favorire la partecipazione ai GAMO dei propri collaboratori secondo gli standard definiti nei singoli regolamenti	evidenza della partecipazione (monitoraggio semestrale della direzione sanitaria)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%		Direzione Sanitaria
53 Gruppi multidisciplinari	partecipazione agli internal review meeting come da regolamento GAMO	entro il 31.07.2023	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	Direzione Sanitaria

O - Contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
54 rispetto del vincolo regionale in tema di dispositivi medici	valore dispositivi medici	≤ 2019-2% + consumi 2022 relativi tecnologie innovative (interventi in sala € 50.000)	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. Nella valutazione si terrà conto di incrementi/decrementi di attività rispetto al risultato 2022	10%	10%	SOSD Controllo di Gestione
55 Acquisizione di dispositivi medici	Favorire la centralizzazione degli acquisti di dispositivi medici nell'intento di aumentare l'efficiamento della spesa	trasmissione dei fabbisogni in modalità aggregata per la stessa tipologia di dispositivo medico	Il risultato viene valutato come segue: - assenza di richieste reiterate nel corso dell'anno per la stessa tipologia di beni/servizi, valutazione = 100% - presenza di richieste reiterate nel corso dell'anno per la stessa tipologia di beni/servizi, valutazione = 0%.	5%	5%	SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica

P - gestione risorse umane

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
56 gestire le ferie	1. stesura del piano ferie annuale della struttura 2. n. giorni di ferie	1. invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il mese di luglio 2. fruizione di un numero di giorni di ferie pari almeno al totale maturato nell'anno corrente da parte del personale dirigente della struttura	1. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% 2. la valutazione è effettuata a livello di struttura operativa complessiva e la percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	5%	5%	SOSD Controllo di Gestione

S - Progetti di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
57 Progetti di accreditamento	Accreditamento istituzionale regione FVG: Collaborare alla revisione delle procedure operative oggetto di valutazione Accreditamento OECI: Collaborare alla costruzione del cruscotto di indicatori aziendale	è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro per: - la revisione della documentazione non clinica, a partire da quella oggetto di valutazione nell'ambito del programma di accreditamento istituzionale regionale -la progettazione e implementazione del cruscotto di indicatori di qualità e rischio clinico previsto tra i requisiti del programma di accreditamento OECI	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	Direzione Sanitaria
				100%	100%	

Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR

In corso d'anno verrà garantito il raffronto dei volumi di attività resi in regime libero professionale con i volumi resi in regime istituzionale

SCHEDA BUDGET 2023 - SOSD ONCOEMATOLOGIA TRAPIANTI EMPOIETICI E TERAPIE CELLULARI - DIRIGENZA

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
35 attività di trapianto di midollo	1. numero di trapianti 2. numero ricoveri ordinari (esclusi 481) e DH 3. numero prestazioni ambulatoriali	1. \geq valore media 2021-2022 2. \geq 2022 3. \geq 2022	La percentuale di raggiungimento dei 3 target viene valutata come segue: \geq 95% = 100% \geq 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. L'obbiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei tre target.	10%	10%	SOSD Controllo di Gestione

C - Appropriately dei ricoveri

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
33 appropriatezza dell'attività di ricovero ordinario	Controlli di appropriatezza dell'attività di ricovero	\geq 95%	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: \geq 95% = 100% \geq 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.	5%	5%	Direzione Sanitaria

D - Indicatori di efficienza operativa ed appropriatezza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
31 Indicatore LEA H04Z - appropriatezza ricoveri ordinari della struttura	rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario nel secondo semestre 2023	valore 2° semestre 2023 \leq 2022 - 20%	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: \geq 95% = 100% \geq 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0% Nella valutazione si terrà conto dei risultati del monitoraggio della check list	10%	10%	SOSD Controllo di Gestione

E - Attività di chemioterapia infusionale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
36 Gestione dei trattamenti oncologici in regime ambulatoriale presso la sede di Aviano da parte delle strutture OMTI, OMP e TCAD	1. formalizzazione e adozione del protocollo con i criteri per l'erogazione di chemioterapie in giornata 2. % di trattamenti oncologici che non rispettano i criteri definiti nel protocollo rispetto al totale dei trattamenti	1. entro il 31.07.23 2. ≤ 40% nel periodo settembre-dicembre	1. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% 2 La percentuale di raggiungimento dei due target viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	10%	15%	Direzione Sanitaria
37 programmazione dell'attività di chemioterapia da parte delle strutture cliniche e della farmacia in rapporto alle risorse disponibili	1. definizione e adozione del documento di programmazione dell'attività di chemioterapia in collaborazione con le strutture OMTI, OMP, TCAD e farmacia 2. applicazione della programmazione definita	1. entro il 31.07.2023 2. evidenza dell'applicazione della programmazione nel periodo settembre-dicembre	1.2. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target.	15%	10%	Direzione Sanitaria
38 Gestione dei trattamenti oncologici in regime ambulatoriale con modalità differita presso la sede CRO	valutazione di ambiti di applicazione	presentazione documento entro 31.07.2023	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	Direzione Sanitaria

F - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
39 Mantenimento produzione scientifica: Impact Factor	1. Impact factor grezzo frazionato anno 2023 relativo agli articoli pubblicati 2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2023 relativo agli articoli pubblicati	1. > media impact factor grezzo frazionato 2020-2022 relativo agli articoli pubblicati 2. > media impact factor normalizzato frazionato 2020-2022 relativo agli articoli pubblicati	Ai singoli target viene riconosciuta una franchigia del 30% entro la quale i valori registrati vengono valutati raggiunti al 100%; al di sotto della franchigia i target non sono raggiunti. Il primo target pesa per il 60% mentre il secondo target pesa per il 40%	5%	5%	Biblioteca Scientifica
40 Mantenimento produzione scientifica: Numero pubblicazioni	1. Numero delle pubblicazioni anno 2023 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 2. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 3 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	1. > media numero pubblicazioni (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 2. Almeno 1	Al primo target viene riconosciuta una franchigia del 30% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%; al di sotto della franchigia il target non è raggiunto. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	5%	5%	Biblioteca Scientifica

G - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
32 Garantire nel Registro AIFA l'inserimento di tutte le informazioni previste per i farmaci soggetti a registrazione con particolare riferimento ai farmaci innovativi	garantire l'inserimento di tutte le informazioni richieste da AIFA	evidenza della registrazione (monitoraggio della farmacia)	Il risultato viene valutato a partire da giugno come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%	5%	5%	SOSD Farmacia

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
41 Gruppi multidisciplinari	favorire la partecipazione ai GAMO dei propri collaboratori secondo gli standard definiti nei singoli regolamenti	evidenza della partecipazione (monitoraggio semestrale della direzione sanitaria)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%		Direzione Sanitaria
42 Gruppi multidisciplinari	partecipazione agli internal review meeting come da regolamento GAMO	entro il 31.07.2023	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	Direzione Sanitaria

O - Contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
43 rispetto del vincolo regionale in tema di spesa farmaceutica oncologica ospedaliera	1. valore farmaci oncologici ospedalieri (esclusi gli innovativi) 2. predisposizione di due relazioni sull'andamento della spesa con evidenza delle azioni messe in atto al fine di contenere il costo complessivo dei farmaci (generizzazione, utilizzo bioequivalenti, biosimilari, appropriatezza prescrittiva)	1. ≤ 2022 2. prima relazione riferita al periodo gen-set: invio alla SOSD controllo di gestione entro il 31.10.2023 seconda relazione riferita all'intero anno: invio alla SOSD controllo di gestione entro il 31.01.2024	1. La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. Nella valutazione si terrà conto di incrementi/decrementi di attività rispetto al risultato 2022 2. in proporzione al numero di relazioni coerenti inviate L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	5%	5%	SOSD Controllo di Gestione

P - gestione risorse umane

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
34 Attività di formazione	predisposizione piano formazione con evidenza della rotazione dei collaboratori alle attività di formazione in coerenza con il ruolo svolto	invio del piano formazione alla direzione sanitaria entro il 31.07.2023	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	10%	SOSD Oncoematologia Trapianti Emopoietici e Terapie Cellulari
44 gestire le ferie	1. stesura del piano ferie annuale della struttura 2. n. giorni di ferie	1. invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il mese di luglio 2. fruizione di un numero di giorni di ferie pari almeno al totale maturato nell'anno corrente da parte del personale dirigente della struttura	1. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% 2. la valutazione è effettuata a livello di struttura operativa complessiva e la percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	5%	5%	SOSD Controllo di Gestione

S - Progetti di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
45 Progetti di accreditamento	Accreditamento istituzionale regione FVG: collaborare alla revisione delle procedure operative oggetto di valutazione Accredimento OEI: Collaborare alla costruzione del cruscotto di indicatori aziendale	è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro per: - la revisione della documentazione non clinica, a partire da quella oggetto di valutazione nell'ambito del programma di accreditamento istituzionale regionale -la progettazione e implementazione del cruscotto di indicatori di qualità e rischio clinico previsto tra i requisiti del programma di accreditamento OEI	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	Direzione Sanitaria
				100%	100%	

Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR

In corso d'anno verrà garantito il raffronto dei volumi di attività resi in regime libero professionale con i volumi resi in regime istituzionale

SCHEDA DI BUDGET 2023 - DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA MEDICA - COMPARTO

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		
				incarichi di coordinamento	altro personale	
400						
Garantire l'attività di oncologia presso la sede di Pordenone da parte del personale del comparto del dipartimento	è garantita la presenza del personale infermieristico nelle giornate di somministrazione di chemioterapia	100% dei turni garantiti	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%.	15%	20%	SOSD Direzione delle professioni sanitarie

E - Attività di chemioterapia infusionale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		
				incarichi di coordinamento	altro personale	
401						
Gestione dei trattamenti oncologici in regime ambulatoriale con modalità differita presso la sede CRO	1. applicazione del protocollo con aumento della casistica 2. valutazione di ulteriori ambiti di applicazione	1 almeno 30 pazienti da giugno a dicembre per le indicazioni previste nel protocollo definito nel 2022 2. aggiornamento del protocollo entro 31.07.2023	1. La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. 2. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	15%	20%	direzione sanitaria

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		
				incarichi di coordinamento	altro personale	
402						
implementazione dell'applicativo LOG80 nelle degenze mediche, nelle sedi di San Vito e Pordenone	utilizzo nuovo applicativo	evidenza dell'utilizzo del nuovo applicativo (relazione del dirigente delle professioni sanitarie)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%	30%	SOSD Direzione delle professioni sanitarie

403

Valutazione individuale del personale del comparto

organizzazione, realizzazione e partecipazione ad un incontro di presentazione della scheda individuale revisionata del personale del comparto

entro il 31.10

Il risultato viene valutato come segue:
se il risultato è sì = 100%
se il risultato è no = 0%.

30%

10%

SOSD Direzione delle professioni sanitarie

404

Obiettivi di budget 2023

1. Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori
2. garantire almeno una riunione sulla valutazione dello stato di avanzamento degli obiettivi di budget con tutto il personale del comparto

1. evidenza del verbale della riunione di condivisione
2. invio del verbale con firma presenze alla direzione delle professioni sanitarie e al controllo di gestione

Il risultato viene valutato come segue:
se il risultato è sì = 100%
se il risultato è no = 0%.
L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target

10%

10%

sosd controllo di gestione

P - gestione risorse umane**OBIETTIVO****INDICATORI/ATTIVITA'****TARGET****CRITERI VALUTAZIONE****PESI INCENTIVAZIONE**

incarichi di coordinamento

altro personale

405

gestire le ferie

1. stesura del piano ferie annuale del personale del comparto del dipartimento
2. n. giorni di ferie

1. invio del piano ferie annuale alla direzione professioni sanitarie entro il mese di luglio
2. fruizione di un numero di giorni di ferie pari almeno al totale maturato nell'anno corrente da parte del personale del comparto del dipartimento

1. Il risultato viene valutato come segue:
se il risultato è sì = 100%
se il risultato è no = 0%
2. la valutazione è effettuata a livello di dipartimento e la percentuale di raggiungimento viene valutata come segue:
≥ 95% = 100%
≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.
L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target"

5%

5%

personale

S - Progetti di accreditamento/certificazione**OBIETTIVO****INDICATORI/ATTIVITA'****TARGET****CRITERI VALUTAZIONE****PESI INCENTIVAZIONE**

incarichi di coordinamento

altro personale

406

Progetti di accreditamento

Accreditamento istituzionale regione FVG: collaborare alla revisione delle procedure operative oggetto di valutazione Accreditamento OECl: Collaborare alla costruzione del cruscotto di indicatori aziendale

è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro per:
- la revisione della documentazione non clinica, a partire da quella oggetto di valutazione nell'ambito del programma di accreditamento istituzionale regionale
-la progettazione e implementazione del cruscotto di indicatori di qualità e rischio clinico previsto tra i requisiti del programma di accreditamento OECl

Il risultato viene valutato come segue:
se il risultato è sì = 100%
se il risultato è no = 0%

5%

5%

direzione sanitaria

Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR

SCHEMA BUDGET 2023 - SOC CHIRURGIA ONCOLOGICA GENERALE - DIRIGENZA

A - Attività di sala operatoria

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
63 Attività di sala operatoria	1. rispetto della programmazione settimanale 2. numero sedute cancellate 3. Completezza delle informazioni in sede di prenotazione dell'intervento chirurgico in ADT 4. numero di richieste riaperture registro sala	1. evidenza della programmazione (monitoraggio della direzione sanitaria sulla corretta compilazione e trasmissione dei FPS, effettuando anche un monitoraggio delle variazioni di programma) 2. <= 4 sedute sul totale delle sedute assegnate nell'anno 3. >= 90% delle informazioni previste dalla procedura "lista di attesa, programmazione degli interventi chirurgici in elezione" (diagnosi, classe di priorità, tipo intervento proposto, nome del medico proponente, fascia contrattuale) 4. <= 2%	1. Il risultato viene valutato dalla direzione sanitaria a partire da giugno 2. La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue a partire da giugno: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. 3. Monitoraggio a partire da giugno (data prenotazione). La percentuale di raggiungimento dei singoli target viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. 4. Il target viene valutato come segue: ≤ 2% = 100% > 2% e ≤ 5% = 50% > 5% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei singoli target	15%	15%	Direzione Sanitaria

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
62 attività chirurgica	n. interventi colon n. interventi retto	interventi colon: ≥ media 2021-2022: 40 interventi retto: ≥ media 2021-2022: 21	La percentuale di raggiungimento dei singoli target viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	15%	15%	SOSD Controllo di Gestione

C - Appropriatelyzza dei ricoveri

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
60 appropriatezza dell'attività di ricovero ordinario	Controlli di appropriatezza dell'attività di ricovero	≥ 95%	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.	5%	5%	Direzione Sanitaria

D - Indicatori di efficienza operativa ed appropriatezza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
58 Indicatore LEA H04Z - appropriatezza ricoveri ordinari della struttura	rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario nel secondo semestre 2023	valore 2° semestre 2023 ≤ 2022 - 20%	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0% Nella valutazione si terrà conto dei risultati del monitoraggio della check list	5%	5%	SOSD Controllo di Gestione
61 Indicatori LEA - C2A.C - Indice di performance degenza media	Indice di performance degenza media -DRG chirurgici	ridurre il valore 2022 del 50%	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.	5%	5%	Direzione Sanitaria

F - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
65 Mantenimento produzione scientifica: Impact Factor	1. Impact factor grezzo frazionato anno 2023 relativo agli articoli pubblicati 2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2023 relativo agli articoli pubblicati	1. > media impact factor grezzo frazionato 2020-2022 relativo agli articoli pubblicati 2. > media impact factor normalizzato frazionato 2020-2022 relativo agli articoli pubblicati	Ai singoli target viene riconosciuta una franchigia del 30% entro la quale i valori registrati vengono valutati raggiunti al 100%; al di sotto della franchigia i target non sono raggiunti. Il primo target pesa per il 60% mentre il secondo target pesa per il 40%	5%	5%	Biblioteca Scientifica

66

Mantenimento produzione scientifica: Numero pubblicazioni

1. Numero delle pubblicazioni anno 2023 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)
2. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 3 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)

1. > media numero pubblicazioni anni 2020-2022 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)
2. Almeno 1

Al primo target viene riconosciuta una franchigia del 30% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%; al di sotto della franchigia il target non è raggiunto. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target

5%

5%

Biblioteca Scientifica

I - governo dei tempi di attesa

OBIETTIVO

INDICATORI/ATTIVITA'

TARGET

CRITERI VALUTAZIONE

PESI INCENTIVAZIONE

responsabile

dirigenza

RESPONSABILE
MONITORAGGIO

64

Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione degli interventi chirurgici (colon e retto)

% di interventi con priorità A in cui è rispettata la soglia del 90% di erogazione entro i tempi previsti

$\geq 90\%$

Nel caso in cui non vengano rispettati i tempi di attesa, si terrà conto dei volumi riferiti alla priorità A

5%

5%

SOSD Controllo di Gestione

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO

INDICATORI/ATTIVITA'

TARGET

CRITERI VALUTAZIONE

PESI INCENTIVAZIONE

responsabile

dirigenza

RESPONSABILE
MONITORAGGIO

67

Gestione delle medicazioni

stesura dell'istruzione operativa ed elaborazione dello strumento di gestione delle medicazioni

entro il 31.12.23

Il risultato viene valutato come segue:
se il risultato è sì = 100%
se il risultato è no = 0%.

5%

10%

Direzione Professioni Sanitarie

68

Gruppi multidisciplinari

favorire la partecipazione ai GAMO dei propri collaboratori secondo gli standard definiti nei singoli regolamenti

evidenza della partecipazione (monitoraggio semestrale della direzione sanitaria)

Il risultato viene valutato come segue:
se il risultato è sì = 100%
se il risultato è no = 0%

5%

Direzione Sanitaria

69

Gruppi multidisciplinari

partecipazione agli internal review meeting come da regolamento GAMO

entro il 31.07.2023

Il risultato viene valutato come segue:
se il risultato è sì = 100%
se il risultato è no = 0%

5%

5%

Direzione Sanitaria

O - Contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
59 Consumo di dispositivi medici	predisposizione di due relazioni sull'andamento della spesa di dispositivi medici delle strutture di chirurgia (sale operatorie e degenze chirurgiche) con evidenza dei motivi dei principali scostamenti e delle azioni messe in atto al fine di contenere il costo complessivo.	prima relazione riferita al periodo gen-set: invio alla direzione entro il 31.10.23 seconda relazione riferita all'intero 2023: invio alla direzione sanitaria entro il 31.01.2024	Il risultato viene valutato in proporzione al numero di relazione coerenti inviate	5%	5%	SOSD Controllo di Gestione
70 Rispetto del tetto di spesa dei dispositivi medici	rispetto del vincolo regionale in tema di dispositivi medici delle chirurgie (obiettivo condiviso)	<= 2019-2%	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. Nella valutazione si terrà conto di incrementi/decrementi di attività rispetto al risultato 2022	5%	5%	SOSD Controllo di Gestione
71 Acquisizione di dispositivi medici	Favorire la centralizzazione degli acquisti di dispositivi medici nell'intento di aumentare l'efficiamento della spesa	trasmissione dei fabbisogni in modalità aggregata per la stessa tipologia di dispositivo medico	Il risultato viene valutato come segue: - assenza di richieste reiterate nel corso dell'anno per la stessa tipologia di beni/servizi, valutazione = 100% - presenza di richieste reiterate nel corso dell'anno per la stessa tipologia di beni/servizi, valutazione = 0%.	5%	5%	SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica

P - gestione risorse umane

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
72 gestire le ferie	1. stesura del piano ferie annuale della struttura 2. n. giorni di ferie	1. invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il mese di luglio 2. fruizione di un numero di giorni di ferie pari almeno al totale maturato nell'anno corrente da parte del personale dirigente della struttura	1. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% 2. la valutazione è effettuata a livello di struttura operativa complessiva e la percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	5%	5%	SOSD Controllo di Gestione

S - Progetti di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
73 Progetti di accreditamento	Accreditamento istituzionale regione FVG: collaborare alla revisione delle procedure operative oggetto di valutazione Accreditamento OECl: Collaborare alla costruzione del cruscotto di indicatori aziendale	è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro per: - la revisione della documentazione non clinica, a partire da quella oggetto di valutazione nell'ambito del programma di accreditamento istituzionale regionale -la progettazione e implementazione del cruscotto di indicatori di qualità e rischio clinico previsto tra i requisiti del programma di accreditamento OECl	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	Direzione Sanitaria
				100%	100%	

Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR

In corso d'anno verrà garantito il raffronto dei volumi di attività resi in regime libero professionale con i volumi resi in regime istituzionale

SCHEMA BUDGET 2023 - SOC CHIRURGIA ONCOLOGICA GINECOLOGICA - DIRIGENZA

A - Attività di sala operatoria

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
79 Attività di sala operatoria	1. rispetto della programmazione settimanale 2. numero sedute cancellate 3. Completezza delle informazioni in sede di prenotazione dell'intervento chirurgico in ADT 4. numero di richieste riaperture registro sala	1. evidenza della programmazione (monitoraggio della direzione sanitaria sulla corretta compilazione e trasmissione dei FPS, effettuando anche un monitoraggio delle variazioni di programma) 2. <= 4 sedute sul totale delle sedute assegnate nell'anno 3. >= 90% delle informazioni previste dalla procedura "lista di attesa, programmazione degli interventi chirurgici in elezione" (diagnosi, classe di priorità, tipo intervento proposto, nome del medico proponente, fascia contrattuale) 4. <= 2%	1. Il risultato viene valutato dalla direzione sanitaria a partire da giugno 2. La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue a partire da giugno: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. 3. Monitoraggio a partire da giugno (data prenotazione). La percentuale di raggiungimento dei singoli target viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. 4. Il target viene valutato come segue: ≤ 2% = 100% > 2% e ≤ 5% = 50% > 5% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei singoli target	15%	15%	Direzione Sanitaria

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
78 attività chirurgica	n. interventi utero	≥ media 2021-2022	La percentuale di raggiungimento dei singoli target viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.	10%	10%	SOSD Controllo di Gestione

C - Appropriatelyzza dei ricoveri

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
76 appropriatezza dell'attività di ricovero ordinario	Controlli di appropriatezza dell'attività di ricovero	≥ 88% (valore II semestre 2022)	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.	5%	5%	Direzione Sanitaria

D - Indicatori di efficienza operativa ed appropriatezza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
74 Indicatore LEA H04Z - appropriatezza ricoveri ordinari della struttura	rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario nel secondo semestre 2023	valore 2° semestre 2023 ≤ 2022 - 20%	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0% Nella valutazione si terrà conto dei risultati del monitoraggio della check list	5%	5%	SOSD Controllo di Gestione
77 Indicatori LEA - C2A.C - Indice di performance degenza media	Indice di performance degenza media-DRG chirurgici	ridurre il valore 2022 del 50%	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.	5%	5%	Direzione Sanitaria

F - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
82 Mantenimento produzione scientifica: Impact Factor	1. Impact factor grezzo frazionato anno 2023 relativo agli articoli pubblicati 2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2023 relativo agli articoli pubblicati	1. > media impact factor grezzo frazionato 2020-2022 relativo agli articoli pubblicati 2. > media impact factor normalizzato frazionato 2020-2022 relativo agli articoli pubblicati	Ai singoli target viene riconosciuta una franchigia del 30% entro la quale i valori registrati vengono valutati raggiunti al 100%; al di sotto della franchigia i target non sono raggiunti. Il primo target pesa per il 60% mentre il secondo target pesa per il 40%	5%	5%	Biblioteca Scientifica

83

Mantenimento produzione scientifica: Numero pubblicazioni

1. Numero delle pubblicazioni anno 2023 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)
2. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 3 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)

1. > media numero pubblicazioni anni 2020-2022 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)
2. Almeno 1

Al primo target viene riconosciuta una franchigia del 30% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%; al di sotto della franchigia il target non è raggiunto. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target

5%

5%

Biblioteca Scientifica

I - governo dei tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
80 Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione degli interventi chirurgici (utero)	garantire il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici utero - priorità A	$\geq 90\%$	Nel caso in cui non vengano rispettati i tempi di attesa, si terrà conto dei volumi riferiti alla priorità A	5%	5%	SOSD Controllo di Gestione
81 Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle visite ginecologiche	garantire il rispetto dei tempi di attesa per le visite ginecologiche priorità B, D e P	$\geq 90\%$	Nel caso in cui non vengano rispettati i tempi di attesa, si terrà conto dei volumi riferiti alle priorità B, D e P	5%	5%	SOSD Controllo di Gestione

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
84 Gestione delle medicazioni	stesura dell'istruzione operativa ed elaborazione dello strumento di gestione delle medicazioni	entro il 31.12.23	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%.	5%	10%	Direzione Professioni Sanitarie
85 Gruppi multidisciplinari	favorire la partecipazione ai GAMO dei propri collaboratori secondo gli standard definiti nei singoli regolamenti	evidenza della partecipazione (monitoraggio semestrale della direzione sanitaria)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%		Direzione Sanitaria
86 Gruppi multidisciplinari	partecipazione agli internal review meeting come da regolamento GAMO	entro il 31.07.2023	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	Direzione Sanitaria

O - Contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
75 Consumo di dispositivi medici	predisposizione di due relazioni sull'andamento della spesa di dispositivi medici delle strutture di chirurgia (sale operatorie e degenze chirurgiche) con evidenza dei motivi dei principali scostamenti e delle azioni messe in atto al fine di contenere il costo complessivo.	prima relazione riferita al periodo gen-set: invio alla direzione entro il 31.10.23 seconda relazione riferita all'intero 2023: invio alla direzione sanitaria entro il 31.01.2024	Il risultato viene valutato in proporzione al numero di relazione coerenti inviate	5%	5%	SOSD Controllo di Gestione
87 Rispetto del tetto di spesa dei dispositivi medici	rispetto del vincolo regionale in tema di dispositivi medici delle chirurgie (obiettivo condiviso)	<= 2019-2%	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. Nella valutazione si terrà conto di incrementi/decrementi di attività rispetto al risultato 2022	5%	5%	SOSD Controllo di Gestione
88 Acquisizione di dispositivi medici	Favorire la centralizzazione degli acquisti di dispositivi medici nell'intento di aumentare l'efficiamento della spesa	trasmissione dei fabbisogni in modalità aggregata per la stessa tipologia di dispositivo medico	Il risultato viene valutato come segue: - assenza di richieste reiterate nel corso dell'anno per la stessa tipologia di beni/servizi, valutazione = 100% - presenza di richieste reiterate nel corso dell'anno per la stessa tipologia di beni/servizi, valutazione = 0%.	5%	5%	SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica

P - gestione risorse umane

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
89 gestire le ferie	1. stesura del piano ferie annuale della struttura 2. n. giorni di ferie	1. invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il mese di luglio 2. fruizione di un numero di giorni di ferie pari almeno al totale maturato nell'anno corrente da parte del personale dirigente della struttura	1. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% 2. la valutazione è effettuata a livello di struttura operativa complessiva e la percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	5%	5%	SOSD Controllo di Gestione

S - Progetti di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
90 Progetti di accreditamento	Accreditamento istituzionale regione FVG: collaborare alla revisione delle procedure operative oggetto di valutazione Accreditamento OECl: Collaborare alla costruzione del cruscotto di indicatori aziendale	è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro per: - la revisione della documentazione non clinica, a partire da quella oggetto di valutazione nell'ambito del programma di accreditamento istituzionale regionale -la progettazione e implementazione del cruscotto di indicatori di qualità e rischio clinico previsto tra i requisiti del programma di accreditamento OECl	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	Direzione Sanitaria
				100%	100%	

Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR

In corso d'anno verrà garantito il raffronto dei volumi di attività resi in regime libero professionale con i volumi

SCHEMA BUDGET 2023 - SOC CHIRURGIA ONCOLOGICA DEL SENO - DIRIGENZA

A - Attività di sala operatoria

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
96 Attività di sala operatoria	1. rispetto della programmazione settimanale 2. numero sedute cancellate 3. Completezza delle informazioni in sede di prenotazione dell'intervento chirurgico in ADT 4. numero di richieste riaperture registro sala	1. evidenza della programmazione (monitoraggio della direzione sanitaria sulla corretta compilazione e trasmissione dei FPS, effettuando anche un monitoraggio delle variazioni di programma) 2. <= 4 sedute sul totale delle sedute assegnate nell'anno 3. >= 90% delle informazioni previste dalla procedura "lista di attesa, programmazione degli interventi chirurgici in elezione" (diagnosi, classe di priorità, tipo intervento proposto, nome del medico proponente, fascia contrattuale) 4. <= 2%	1. Il risultato viene valutato dalla direzione sanitaria a partire da giugno 2. La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue a partire da giugno: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. 3. Monitoraggio a partire da giugno (data prenotazione). La percentuale di raggiungimento dei singoli target viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. 4. Il target viene valutato come segue: ≤ 2% = 100% > 2% e ≤ 5% = 50% > 5% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei singoli target	15%	15%	Direzione Sanitaria

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
95 attività chirurgica	n. interventi mammella n. totale ricoveri ordinari	L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target ≥ n. anno 2022 ≥ n. anno 2021	La percentuale di raggiungimento dei singoli target viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	15%	15%	SOSD Controllo di Gestione

C - Appropriatelyzza dei ricoveri

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
93 appropriatezza dell'attività di ricovero ordinario	Controlli di appropriatezza dell'attività di ricovero	≥ 95%	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.	5%	5%	Direzione Sanitaria

D - Indicatori di efficienza operativa ed appropriatezza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
91 Indicatori LEA - C2A.C - Indice di performance degenza media	Indice di performance degenza media -DRG chirurgici	<= 0	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.	5%	5%	Direzione Sanitaria

F - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
97 Mantenimento produzione scientifica: Impact Factor	1. Impact factor grezzo frazionato anno 2023 relativo agli articoli pubblicati 2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2023 relativo agli articoli pubblicati	1. > media impact factor grezzo frazionato 2020-2022 relativo agli articoli pubblicati 2. > media impact factor normalizzato frazionato 2020-2022 relativo agli articoli pubblicati	Ai singoli target viene riconosciuta una franchigia del 30% entro la quale i valori registrati vengono valutati raggiunti al 100%; al di sotto della franchigia i target non sono raggiunti. Il primo target pesa per il 60% mentre il secondo target pesa per il 40%	5%	5%	Biblioteca Scientifica
98 Mantenimento produzione scientifica: Numero pubblicazioni	1. Numero delle pubblicazioni anno 2023 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 2. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 3 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	1. > media numero pubblicazioni anni 2020-2022 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 2. Almeno 1	Al primo target viene riconosciuta una franchigia del 30% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%; al di sotto della franchigia il target non è raggiunto. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	5%	5%	Biblioteca Scientifica

I - governo dei tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
94 Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione degli interventi chirurgici (mammella)	garantire il rispetto dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici mammella - priorità A	≥ 90%	Nel caso in cui non vengano rispettati i tempi di attesa, si terrà conto dei volumi riferiti alla priorità A	10%	10%	SOSD Controllo di Gestione

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
99 Gestione delle medicazioni	stesura dell'istruzione operativa ed elaborazione dello strumento di gestione delle medicazioni	entro il 31.12.23	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	10%	Direzione Professioni Sanitarie
100 Gruppi multidisciplinari	favorire la partecipazione ai GAMO dei propri collaboratori secondo gli standard definiti nei singoli regolamenti	evidenza della partecipazione (monitoraggio semestrale della direzione sanitaria)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%		Direzione Sanitaria
101 Gruppi multidisciplinari	partecipazione agli internal review meeting come da regolamento GAMO	entro il 31.07.2023	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	Direzione Sanitaria

O - Contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
92 Consumo di dispositivi medici	predisposizione di due relazioni sull'andamento della spesa di dispositivi medici delle strutture di chirurgia (sale operatorie e degenze chirurgiche) con evidenza dei motivi dei principali scostamenti e delle azioni messe in atto al fine di contenere il costo complessivo.	prima relazione riferita al periodo gen-set: invio alla direzione entro il 31.10.23 seconda relazione riferita all'intero 2023: invio alla direzione sanitaria entro il 31.01.2024	Il risultato viene valutato in proporzione al numero di relazione coerenti inviate	5%	5%	SOSD Controllo di Gestione

102

Rispetto del tetto di spesa dei dispositivi medici

rispetto del vincolo regionale in tema di dispositivi medici delle chirurgie (obiettivo condiviso)

<= 2019-2%

La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue:
 ≥ 95% = 100%
 ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo
 <50% = 0%.

Nella valutazione si terrà conto di incrementi/decrementi di attività rispetto al risultato 2022

5%

5%

SOSD Controllo di Gestione

103

Acquisizione di dispositivi medici

Favorire la centralizzazione degli acquisti di dispositivi medici nell'intento di aumentare l'efficiamento della spesa

trasmissione dei fabbisogni in modalità aggregata per la stessa tipologia di dispositivo medico

Il risultato viene valutato come segue:
 - assenza di richieste reiterate nel corso dell'anno per la stessa tipologia di beni/servizi, valutazione = 100%
 - presenza di richieste reiterate nel corso dell'anno per la stessa tipologia di beni/servizi, valutazione = 0%.

5%

5%

SOC
Approvvigionamenti,
Economato e Logistica**P - gestione risorse umane**

OBIETTIVO

INDICATORI/ATTIVITA'

TARGET

CRITERI VALUTAZIONE

PESI INCENTIVAZIONE

responsabile

dirigenza

RESPONSABILE
MONITORAGGIO

104

gestire le ferie

1. stesura del piano ferie annuale della struttura
 2. n. giorni di ferie

1. invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il mese di luglio
2. fruizione di un numero di giorni di ferie pari almeno al totale maturato nell'anno corrente da parte del personale dirigente della struttura

1. Il risultato viene valutato come segue:
 se il risultato è sì = 100%
 se il risultato è no = 0%

2. la valutazione è effettuata a livello di struttura operativa complessiva e la percentuale di raggiungimento viene valutata come segue:
 ≥ 95% = 100%
 ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo
 <50% = 0%.

L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target

5%

5%

SOSD Controllo di Gestione

S - Progetti di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
105 Progetti di accreditamento	Accreditamento istituzionale regione FVG: collaborare alla revisione delle procedure operative oggetto di valutazione Accreditamento OECl: Collaborare alla costruzione del cruscotto di indicatori aziendale	è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro per: - la revisione della documentazione non clinica, a partire da quella oggetto di valutazione nell'ambito del programma di accreditamento istituzionale regionale -la progettazione e implementazione del cruscotto di indicatori di qualità e rischio clinico previsto tra i requisiti del programma di accreditamento OECl	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	Direzione Sanitaria
				100%	100%	

Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR

In corso d'anno verrà garantito il raffronto dei volumi di attività resi in regime libero professionale con i volumi resi in regime istituzionale

SCHEDA BUDGET 2023 - SOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - DIRIGENZA

A - Attività di sala operatoria

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
107 Attività di sala operatoria	1. numero sedute cancellate 2. numero di richieste riaperture	1. ≤ 4 sedute sul totale delle sedute assegnate nell'anno 2. ≤ 2%	1. La percentuale di raggiungimento dei singoli target viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. 2. Il target viene valutato come segue: ≤ 2% = 100% > 2% e ≤ 5% = 50% > 5% = 0%	15%	15%	Direzione Sanitaria

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
106 attività ambulatoriale	numero di prestazioni	≥ anno 2022	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%	20%	20%	SOSD Controllo di Gestione

F - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
109 Mantenimento produzione scientifica: Impact Factor	1. Impact factor grezzo frazionato anno 2023 relativo agli articoli pubblicati 2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2023 relativo agli articoli pubblicati	1. > media impact factor grezzo frazionato 2020-2022 relativo agli articoli pubblicati 2. > media impact factor normalizzato frazionato 2020-2022 relativo agli articoli pubblicati	Ai singoli target viene riconosciuta una franchigia del 30% entro la quale i valori registrati vengono valutati raggiunti al 100%; al di sotto della franchigia i target non sono raggiunti. Il primo target pesa per il 60% mentre il secondo target pesa per il 40%	5%	5%	Biblioteca Scientifica

110

Mantenimento produzione scientifica: Numero pubblicazioni

1. Numero delle pubblicazioni anno 2023 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)
2. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 3 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)

1. > media numero pubblicazioni anni 2020-2022 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)
2. Almeno 1

Al primo target viene riconosciuta una franchigia del 30% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%; al di sotto della franchigia il target non è raggiunto. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target

5%

5%

Biblioteca Scientifica

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza		
108	Gestione delle medicazioni	stesura dell'istruzione operativa ed elaborazione dello strumento di gestione delle medicazioni	entro il 31.12.23	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	10%	Direzione Professioni Sanitarie
111	Gruppi multidisciplinari	favorire la partecipazione ai GAMO dei propri collaboratori secondo gli standard definiti nei singoli regolamenti	evidenza della partecipazione (monitoraggio semestrale della direzione sanitaria)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%		Direzione Sanitaria
112	Gruppi multidisciplinari	partecipazione agli internal review meeting come da regolamento GAMO	entro il 31.07.2023	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	Direzione Sanitaria

O - Contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza		
113	Rispetto del tetto di spesa dei dispositivi medici	rispetto del vincolo regionale in tema di dispositivi medici	$\leq 2022-2\%$	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: $\geq 95\% = 100\%$ $\geq 50\% \text{ e } < 95\% = \text{in proporzione all'intervallo}$ $< 50\% = 0\%$. Nella valutazione si terrà conto di incrementi/decrementi di attività rispetto al risultato 2022	10%	10%	SOSD Controllo di Gestione
114	Acquisizione di dispositivi medici	Favorire la centralizzazione degli acquisti di dispositivi medici nell'intento di aumentare l'efficiamento della spesa	trasmissione dei fabbisogni in modalità aggregata per la stessa tipologia di dispositivo medico	Il risultato viene valutato come segue: - assenza di richieste reiterate nel corso dell'anno per la stessa tipologia di beni/servizi, valutazione = 100% - presenza di richieste reiterate nel corso dell'anno per la stessa tipologia di beni/servizi, valutazione = 0%.	20%	20%	SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica

P - gestione risorse umane

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
115 gestire le ferie	1. stesura del piano ferie annuale della struttura 2. n. giorni di ferie	1. invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il mese di luglio 2. fruizione di un numero di giorni di ferie pari almeno al totale maturato nell'anno corrente da parte del personale dirigente della struttura	1. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% 2. la valutazione è effettuata a livello di struttura operativa complessiva e la percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	5%	5%	SOSD Controllo di Gestione

S - Progetti di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
116 Progetti di accreditamento	Accreditamento istituzionale regione FVG: collaborare alla revisione delle procedure operative oggetto di valutazione Accredimento OECE: Collaborare alla costruzione del cruscotto di indicatori aziendale	è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro per: - la revisione della documentazione non clinica, a partire da quella oggetto di valutazione nell'ambito del programma di accreditamento istituzionale regionale -la progettazione e implementazione del cruscotto di indicatori di qualità e rischio clinico previsto tra i requisiti del programma di accreditamento OECE	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	Direzione Sanitaria
				100%	100%	

Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR

In corso d'anno verrà garantito il raffronto dei volumi di attività resi in regime libero professionale con i volumi resi in regime istituzionale

SCHEDA BUDGET 2023 - SOSD MEDICINA DEL DOLORE CLINICA E SPERIMENTALE - DIRIGENZA

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
117 volumi attività ambulatoriale e DH	1. numero prestazioni ambulatoriali 2. numero DH	1. numero prestazioni ambulatoriali: ≥ volumi 2022 2. numero DH: ≥ volumi 2022	1. 2. La percentuale di raggiungimento dei singoli target viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	15%		SOSD Controllo di Gestione
119 Rete Cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore - Appropriately prescrittiva	partecipazione ai lavori del gruppo regionale per l'implementazione e messa in utilizzo (almeno in via sperimentale) di un modello di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva per prima visita algologica	1. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%		Direzione Sanitaria
120 Rete Cure palliative e terapia del dolore	Terapia del dolore - Piattaforme di telemedicina /teleassistenza	Utilizzo, per le prestazioni autorizzate (es. "controllo algologico"), dei servizi di telemedicina per almeno il 5% delle prestazioni autorizzate.	1. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%		SOSD Controllo di Gestione

F - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
121 Mantenimento produzione scientifica: Impact Factor	1. Impact factor grezzo frazionato anno 2023 relativo agli articoli pubblicati 2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2023 relativo agli articoli pubblicati	1. > media impact factor grezzo frazionato 2020-2022 relativo agli articoli pubblicati 2. > media impact factor normalizzato frazionato 2020-2022 relativo agli articoli pubblicati	Ai singoli target viene riconosciuta una franchigia del 30% entro la quale i valori registrati vengono valutati raggiunti al 100%; al di sotto della franchigia i target non sono raggiunti. Il primo target pesa per il 60% mentre il secondo target pesa per il 40%	5%		Biblioteca Scientifica

122

Mantenimento produzione scientifica: Numero pubblicazioni

1. Numero delle pubblicazioni anno 2023 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)
2. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 3 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)

1. > media numero pubblicazioni anni 2020-2022 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)
2. Almeno 1

Al primo target viene riconosciuta una franchigia del 30% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%; al di sotto della franchigia il target non è raggiunto. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target

5%

Biblioteca Scientifica

I - governo dei tempi di attesa

OBIETTIVO

INDICATORI/ATTIVITA'

TARGET

CRITERI VALUTAZIONE

PESI INCENTIVAZIONE

responsabile

dirigenza

RESPONSABILE
MONITORAGGIO

118

Rete Cure palliative e terapia del dolore

Terapia del dolore
- Tempi di attesa

Sono rispettati i tempi di attesa per la prima visita algologica almeno nel 75% dei casi per ogni classe di priorità

Nel caso in cui non vengano rispettati i tempi di attesa, si terrà conto dei volumi riferiti alle priorità B, D e P.

15%

SOSD Controllo di Gestione

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO

INDICATORI/ATTIVITA'

TARGET

CRITERI VALUTAZIONE

PESI INCENTIVAZIONE

responsabile

dirigenza

RESPONSABILE
MONITORAGGIO

123

Gruppi multidisciplinari

garantire la partecipazione ai GAMO secondo gli standard definiti nei singoli regolamenti

evidenza della partecipazione (monitoraggio semestrale della direzione sanitaria)

Il risultato viene valutato come segue:
se il risultato è sì = 100%
se il risultato è no = 0%

5%

Direzione Sanitaria

124

Gruppi multidisciplinari

partecipazione agli internal review meeting come da regolamento GAMO

entro il 31.07.2023

Il risultato viene valutato come segue:
se il risultato è sì = 100%
se il risultato è no = 0%

5%

Direzione Sanitaria

O - Contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO

INDICATORI/ATTIVITA'

TARGET

CRITERI VALUTAZIONE

PESI INCENTIVAZIONE

responsabile

dirigenza

RESPONSABILE
MONITORAGGIO

125

Rispetto del tetto di spesa dei dispositivi medici

rispetto del vincolo regionale in tema di dispositivi medici

<= 2019-2%

La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue:
 $\geq 95\% = 100\%$
 $\geq 50\% \text{ e } < 95\% = \text{in proporzione all'intervallo}$
 $< 50\% = 0\%$.
Nella valutazione si terrà conto di incrementi/decrementi di attività rispetto al risultato 2022

15%

SOSD Controllo di Gestione

126

Acquisizione di dispositivi medici

Favorire la centralizzazione degli acquisti di dispositivi medici nell'intento di aumentare l'efficiamento della spesa

trasmissione dei fabbisogni in modalità aggregata per la stessa tipologia di dispositivo medico

Il risultato viene valutato come segue:

- assenza di richieste reiterate nel corso dell'anno per la stessa tipologia di beni/servizi, valutazione = 100%
- presenza di richieste reiterate nel corso dell'anno per la stessa tipologia di beni/servizi, valutazione = 0%.

5%

SOC
Approvvigionamenti,
Economato e Logistica

P - gestione risorse umane

OBIETTIVO

INDICATORI/ATTIVITA'

TARGET

CRITERI VALUTAZIONE

PESI INCENTIVAZIONE

responsabile

dirigenza

RESPONSABILE
MONITORAGGIO

127

gestire le ferie

1. stesura del piano ferie annuale della struttura
2. n. giorni di ferie

1. invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il mese di luglio
2. fruizione di un numero di giorni di ferie pari almeno al totale maturato nell'anno corrente da parte del personale dirigente della struttura

1. Il risultato viene valutato come segue:

- se il risultato è sì = 100%
 - se il risultato è no = 0%
 - 2. la valutazione è effettuata a livello di struttura operativa complessiva e la percentuale di raggiungimento viene valutata come segue:
 - ≥ 95% = 100%
 - ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo
 - < 50% = 0%.
- L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target

5%

SOSD Controllo di
Gestione

S - Progetti di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO

INDICATORI/ATTIVITA'

TARGET

CRITERI VALUTAZIONE

PESI INCENTIVAZIONE

responsabile

dirigenza

RESPONSABILE
MONITORAGGIO

128

Progetti di accreditamento

Accreditamento istituzionale regione FVG: collaborare alla revisione delle procedure operative oggetto di valutazione
Accreditamento OEI: Collaborare alla costruzione del cruscotto di indicatori aziendale

è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro per:
- la revisione della documentazione non clinica, a partire da quella oggetto di valutazione nell'ambito del programma di accreditamento istituzionale regionale
- la progettazione e implementazione del cruscotto di indicatori di qualità e rischio clinico previsto tra i requisiti del programma di accreditamento OEI

Il risultato viene valutato come segue:

- se il risultato è sì = 100%
- se il risultato è no = 0%

5%

Direzione Sanitaria

100%



Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR

In corso d'anno verrà garantito il raffronto dei i volumi di attività resi in regime libero professionale con i volumi resi in regime istituzionale

SCHEDA DI BUDGET 2023 - DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA CHIRURGICA - COMPARTO

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		
				incarichi di coordinamento	altro personale	
407 Accoglienza pazienti oncologici medici in degenze quarto piano	numero accolti/numero richieste	≥ 90%	la percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.	15%	20%	SOSD Direzione delle professioni sanitarie
410 Valutazione individuale del personale del comparto	organizzazione, realizzazione e partecipazione ad un incontro di presentazione della scheda individuale revisionata del personale del comparto	entro il 31.10	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%.	30%	10%	SOSD Direzione delle professioni sanitarie
411 Obiettivi di budget 2023	1. Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori 2. garantire almeno una riunione sulla valutazione dello stato di avanzamento degli obiettivi di budget con tutto il personale del comparto	1. evidenza del verbale della riunione di condivisione 2. invio del verbale con firma presenze alla direzione delle professioni sanitarie e al controllo di gestione	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	10%	20%	controllo di gestione

P - gestione risorse umane

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		
				incarichi di coordinamento	altro personale	
412 gestire le ferie	1. stesura del piano ferie annuale del personale del comparto del dipartimento. 2. n. giorni di ferie	1. invio del piano ferie annuale alla direzione professioni sanitarie entro il mese di luglio 2. fruizione di un numero di giorni di ferie pari almeno al totale maturato nell'anno corrente da parte del personale del comparto del dipartimento	1. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% 2. la valutazione è effettuata a livello di dipartimento e la percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	5%	5%	controllo di gestione

S - Progetti di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		
				incarichi di coordinamento	altro personale	
413 Progetti di accreditamento	Accreditamento istituzionale regione FVG: collaborare alla revisione delle procedure operative oggetto di valutazione Accredito OECl: Collaborare alla costruzione del cruscotto di indicatori aziendale	è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro per: - la revisione della documentazione non clinica, a partire da quella oggetto di valutazione nell'ambito del programma di accreditamento istituzionale regionale -la progettazione e implementazione del cruscotto di indicatori di qualità e rischio clinico previsto tra i requisiti del programma di accreditamento OECl	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	direzione sanitaria

V - Progettualità rischio clinico

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		
				incarichi di coordinamento	altro personale	
408 Gestione delle medicazioni	stesura dell'istruzione operativa ed elaborazione dello strumento di gestione delle medicazioni	entro il 31.12.23	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%.	15%	20%	SOSD Direzione delle professioni sanitarie
409 Prevenzione delle infezioni ospedaliere	1. stesura dell'istruzione operativa condivisa per la gestione della ritenzione urinaria post intervento 2. formazione del personale 3. applicazione dell'istruzione operativa (10 pazienti)	1. entro il 31.07 2. entro il 30.09 3. entro 31.12	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei target	20%	20%	SOSD Direzione delle professioni sanitarie
				100%	100%	

Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR

SCHEDA BUDGET 2023 - SOC ONCOLOGIA RADIOTERAPICA - DIRIGENZA

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
141 mantenimento dei volumi di attività anno 2022	1. numero prestazioni ambulatoriali complessive 2. numero DH e ordinari complessivi	1. ≥ anno 2022 2. ≥ anno 2022	1. e 2. La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	15%	20%	SOSD Controllo di Gestione

C - Appropriately dei ricoveri

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
143 appropriatezza dell'attività di ricovero ordinario	Controlli di appropriatezza dell'attività di ricovero (area giovani)	≥ 95%	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.	5%	5%	Direzione Sanitaria

F - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
144 Mantenimento produzione scientifica: Impact Factor	1. Impact factor grezzo frazionato anno 2023 relativo agli articoli pubblicati 2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2023 relativo agli articoli pubblicati	1. > media impact factor grezzo frazionato 2020-2022 relativo agli articoli pubblicati 2. > media impact factor normalizzato frazionato 2020-2022 relativo agli articoli pubblicati	Ai singoli target viene riconosciuta una franchigia del 30% entro la quale i valori registrati vengono valutati raggiunti al 100%; al di sotto della franchigia i target non sono raggiunti. Il primo target pesa per il 60% mentre il secondo target pesa per il 40%	5%	5%	Biblioteca Scientifica

145

Mantenimento produzione scientifica: Numero pubblicazioni

1. Numero delle pubblicazioni anno 2023 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)
2. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 3 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)

1. > media numero pubblicazioni anni 2020-2022 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)
2. Almeno 1

Al primo target viene riconosciuta una franchigia del 30% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%; al di sotto della franchigia il target non è raggiunto. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target

5%

5%

Biblioteca Scientifica

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
<p>140</p> <p>Valutazione tecnico/clinica della proposta di cambio d'ordine relativa all' OIS e al TPS forniti con il sistema per protonterapia Valutazione tecnico/clinica della proposta di cambio d'ordine relativa all' OIS e al TPS forniti con il sistema per protonte</p>	<p>predisposizione relazione conclusiva</p>	<p>Invio relazione al RUP entro 31/10/2023</p>	<p>Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%</p>	<p>20%</p>	<p>20%</p>	<p>SOC Fisica sanitaria</p>
<p>146</p> <p>Gruppi multidisciplinari</p>	<p>favorire la partecipazione ai GAMO dei propri collaboratori secondo gli standard definiti nei singoli regolamenti</p>	<p>evidenza della partecipazione (monitoraggio semestrale della direzione sanitaria)</p>	<p>Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%</p>	<p>5%</p>	<p></p>	<p>Direzione Sanitaria</p>
<p>147</p> <p>Gruppi multidisciplinari</p>	<p>partecipazione agli internal review meeting come da regolamento GAMO</p>	<p>entro il 31.07.2023</p>	<p>Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%</p>	<p>5%</p>	<p>5%</p>	<p>Direzione Sanitaria</p>
<p>153</p> <p>Valutazione impatto economico delle nuove tariffe LEA 2023 (specialistica ambulatoriale)</p>	<p>simulazione dell'applicazione delle nuove tariffe sui dati 2022</p>	<p>evidenza al 31.12 di un report di valorizzazione dell'attività secondo le nuove tariffe</p>	<p>Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%</p>	<p>10%</p>	<p>10%</p>	<p>SOSD Controllo di Gestione</p>

O - Contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
148 rispetto del vincolo regionale in tema di spesa farmaceutica oncologica ospedaliera	valore farmaci oncologici ospedalieri (esclusi gli innovativi)	≤ 2022	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. Nella valutazione si terrà conto di incrementi/decrementi di attività rispetto al risultato 2022	5%	5%	SOSD Controllo di Gestione
149 Acquisizione di dispositivi medici	Favorire la centralizzazione degli acquisti di dispositivi medici nell'intento di aumentare l'efficiamento della spesa	trasmissione dei fabbisogni in modalità aggregata per la stessa tipologia di dispositivo medico	Il risultato viene valutato come segue: - assenza di richieste reiterate nel corso dell'anno per la stessa tipologia di beni/servizi, valutazione = 100% - presenza di richieste reiterate nel corso dell'anno per la stessa tipologia di beni/servizi, valutazione = 0%.	5%	5%	SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica

P - gestione risorse umane

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
150 gestire le ferie	1. stesura del piano ferie annuale della struttura 2. n. giorni di ferie	1. invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il mese di luglio 2. fruizione di un numero di giorni di ferie pari almeno al totale maturato nell'anno corrente da parte del personale dirigente della struttura	1. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% 2. la valutazione è effettuata a livello di struttura operativa complessiva e la percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	5%	5%	SOSD Controllo di Gestione

S - Progetti di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
151 Progetti di accreditamento	Accreditamento istituzionale regione FVG: collaborare alla revisione delle procedure operative oggetto di valutazione Accreditamento OECl: Collaborare alla costruzione del cruscotto di indicatori aziendale	è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro per: - la revisione della documentazione non clinica, a partire da quella oggetto di valutazione nell'ambito del programma di accreditamento istituzionale regionale -la progettazione e implementazione del cruscotto di indicatori di qualità e rischio clinico previsto tra i requisiti del programma di accreditamento OECl	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	Direzione Sanitaria

U - Progetto protonterapia

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
152 Attività di formazione	predisposizione relazione sull'attività formativa svolta rispetto a quella programmata	invio relazione alla direzione sanitaria entro il 31.12	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%	Direzione Sanitaria
Gli obiettivi riportati nella scheda sono assegnati anche al personale della SOSD Area di oncologia Integrata per Adolescenti e Giovani Adulti				100%	100%	

Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR

In corso d'anno verrà garantito il raffronto dei i volumi di attività resi in regime libero professionale con i volumi resi in regime istituzionale

SCHEDA BUDGET 2023 - SOC FISICA SANITARIA - DIRIGENZA

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
132 Soddisfacimento della domanda di prestazioni richieste dalla SOC Oncologia Radioterapica e dalla SOSD Area di Oncologia Integrata Adolescenti e Giovani Adulti	Evasione di tutte le richieste per interni e per esterni	Criticità segnalate dalla struttura richiedente: ≤ 2 (relazione del direttore della SOC Oncologia Radioterapica)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	SOC Fisica sanitaria

F - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
134 Mantenimento produzione scientifica: Impact Factor	1. Impact factor grezzo frazionato anno 2023 relativo agli articoli pubblicati 2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2023 relativo agli articoli pubblicati	1. > media impact factor grezzo frazionato 2020-2022 relativo agli articoli pubblicati 2. > media impact factor normalizzato frazionato 2020-2022 relativo agli articoli pubblicati	Ai singoli target viene riconosciuta una franchigia del 30% entro la quale i valori registrati vengono valutati raggiunti al 100%; al di sotto della franchigia i target non sono raggiunti. Il primo target pesa per il 60% mentre il secondo target pesa per il 40%	5%	5%	Biblioteca Scientifica
135 Mantenimento produzione scientifica: Numero pubblicazioni	1. Numero delle pubblicazioni anno 2023 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 2. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 3 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	1. > media numero pubblicazioni anni 2020-2022 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 2. Almeno 1	Al primo target viene riconosciuta una franchigia del 30% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%; al di sotto della franchigia il target non è raggiunto. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	5%	5%	Biblioteca Scientifica

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
129 Valutazione tecnico/clinica della proposta di cambio d'ordine relativa all' OIS e al TPS forniti con il sistema per protonterapia	predisposizione relazione conclusiva	Invio relazione al RUP entro 31.10.2023	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%.	15%	15%	SOC Fisica sanitaria
130 Predisposizione documentazione di competenza per Nulla Osta B alla pratica con CT/PET piccoli animali (Dipartimento della Ricerca) e Nulla Osta B per l'impiego di sistema PET/CT mobile	1. predisposizione documentazione per la CT/PET piccoli animali 2. predisposizione documentazione per la CT/PET mobile	1. Invio alla direzione generale entro il 15/05/23 per la CT/PET piccoli animali 2. Invio alla direzione generale entro il 31/10/23 per la CT/PET mobile	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	15%	SOC Fisica sanitaria
131 Individuazione caratteristiche tecniche di un sistema per dosimetria personalizzata in terapia radio metabolica (Art.158/DLgs 101/2020)	predisposizione relazione conclusiva	Invio relazione tecnica conclusiva a ufficio approvvigionamenti entro il 31.10.2023	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%.	20%	25%	SOC Fisica sanitaria
133 Istruzione operativa che regolamenti le attività da effettuare nei confronti dell'INAIL (polizza assicurativa) nei casi di acquisizione/dismissione di tecnologie	predisposizione istruzione operativa in condivisione con ufficio tecnico	entro il 31.07	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%.	10%	10%	SOC Fisica sanitaria
136 Gruppi multidisciplinari	favorire la partecipazione ai GAMO dei propri collaboratori secondo gli standard definiti nei singoli regolamenti	evidenza della partecipazione (monitoraggio semestrale della direzione sanitaria)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%		Direzione Sanitaria

P - gestione risorse umane

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
137 gestione delle ferie	1. stesura del piano ferie annuale della struttura 2. n. giorni di ferie	1. invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il mese di luglio 2. fruizione di un numero di giorni di ferie pari almeno al totale maturato nell'anno corrente da parte del personale dirigente della struttura	1. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% 2. la valutazione è effettuata a livello di struttura operativa complessiva e la percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	5%	5%	SOSD Controllo di Gestione

S - Progetti di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
138 Progetti di accreditamento	Accreditamento istituzionale regione FVG: collaborare alla revisione delle procedure operative oggetto di valutazione Accreditamento OECl: Collaborare alla costruzione del cruscotto di indicatori aziendale	è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro per: - la revisione della documentazione non clinica, a partire da quella oggetto di valutazione nell'ambito del programma di accreditamento istituzionale regionale -la progettazione e implementazione del cruscotto di indicatori di qualità e rischio clinico previsto tra i requisiti del programma di accreditamento OECl	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	Direzione Sanitaria

U - Progetto protonterapia

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
139 Attività di formazione	predisposizione relazione sull'attività formativa svolta rispetto a quella programmata	invio relazione alla direzione sanitaria entro il 31.12	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%	Direzione Sanitaria

100%

100%

Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR

SCHEDA BUDGET 2023 - SOC RADIOLOGIA ONCOLOGICA - DIRIGENZA

F - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
159 Mantenimento produzione scientifica: Impact Factor	1. Impact factor grezzo frazionato anno 2023 relativo agli articoli pubblicati 2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2023 relativo agli articoli pubblicati	1. > media impact factor grezzo frazionato 2020-2022 relativo agli articoli pubblicati 2. > media impact factor normalizzato frazionato 2020-2022 relativo agli articoli pubblicati	Ai singoli target viene riconosciuta una franchigia del 30% entro la quale i valori registrati vengono valutati raggiunti al 100%; al di sotto della franchigia i target non sono raggiunti. Il primo target pesa per il 60% mentre il secondo target pesa per il 40%	5%	5%	Biblioteca Scientifica
160 Mantenimento produzione scientifica: Numero pubblicazioni	1. Numero delle pubblicazioni anno 2023 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 2. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 3 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	1. > media numero pubblicazioni anni 2020-2022 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 2. Almeno 1	Al primo target viene riconosciuta una franchigia del 30% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%; al di sotto della franchigia il target non è raggiunto. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	5%	5%	Biblioteca Scientifica

H - Programmi di screening oncologici

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
158 Programmi di screening oncologici Screening mammella	1. % dei casi con tempo di attesa per approfondimenti di secondo livello ≤ 28 gg da esito positivo della mammografia di primo livello 2. Percentuale dei casi di secondo livello chiusi correttamente 3. - Percentuale di Early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso" / Totale dei casi chiusi dall'unità senologica)	1. $\geq 90\%$ 2. $\geq 95\%$ 3. $< 10\%$	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei 3 target	5%	5%	ARCS

I - governo dei tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
156 Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie	garantire il rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche come definite dal PNGLA 2019-2021 per le priorità B, D e P	≥ 90%	Sono escluse dalla valutazione le prestazioni che hanno registrato volumi di erogazione <20 prestazioni. Nel caso in cui non vengano rispettati i tempi di attesa, si terrà conto dei volumi riferiti alle priorità B, D e P. Nella valutazione si terrà conto dei risultati dell'appropriatezza delle priorità delle prescrizioni in termini di indagine campionaria effettuata dalla struttura interessata.	10%	10%	SOSD Controllo di Gestione

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
154 implementazione offerta della tac e delle diagnostiche	predisposizione di un piano di ampliamento dell'offerta della tac pomeridiana (doppio turno)	invio alla direzione sanitaria entro il 30.09.23	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%	Direzione Sanitaria
155 Impiego di tecniche di acquisizione di immagini CT-PET-TAC in tempi consecutivi e in modalità identiche per la programmazione del piano terapeutico in radioterapia	predisposizione progetto	invio del progetto alla direzione sanitaria entro il 31.07.2023	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	15%	Direzione Sanitaria
157 Programmazione dell'attività ecografica presso la sede CRO	piano di erogazione dell'attività condiviso tra radiologia e medicina nucleare	invio alla direzione sanitaria entro il 31.05	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%	Direzione Sanitaria
161 Gruppi multidisciplinari	favorire la partecipazione ai GAMO dei propri collaboratori secondo gli standard definiti nei singoli regolamenti	evidenza della partecipazione (monitoraggio semestrale della direzione sanitaria)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%		Direzione Sanitaria
162 Gruppi multidisciplinari	partecipazione agli internal review meeting come da regolamento GAMO	entro il 31.07.2023	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	Direzione Sanitaria

167

**Centraggio eco/
mammografico delle lesioni
non palpabili nella mammella
e/o cavo ascellare con nuovo
sistema Localizer (Technologic)
con aghi a radiofrequenza**

n. di esami eseguiti

≥ 10

1. Il risultato viene valutato come segue:
≥ 90% = 100%
≥ 50% e < 90% = in proporzione all'intervallo
<50% = 0%.

5%

10%

radiologia

O - Contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
163 rispetto del vincolo regionale in tema di dispositivi medici	valore dispositivi medici	≤ 2019-2%	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. Nella valutazione si terrà conto di incrementi/decrementi di attività rispetto al risultato 2022	10%	10%	SOSD Controllo di Gestione
164 Acquisizione di dispositivi medici	Favorire la centralizzazione degli acquisti di dispositivi medici nell'intento di aumentare l'efficiamento della spesa	trasmissione dei fabbisogni in modalità aggregata per la stessa tipologia di dispositivo medico	Il risultato viene valutato come segue: - assenza di richieste reiterate nel corso dell'anno per la stessa tipologia di beni/servizi, valutazione = 100% - presenza di richieste reiterate nel corso dell'anno per la stessa tipologia di beni/servizi, valutazione = 0%.	5%	5%	SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica

P - gestione risorse umane

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
165 gestire le ferie	1. stesura del piano ferie annuale della struttura 2. n. giorni di ferie	1. invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il mese di luglio 2. fruizione di un numero di giorni di ferie pari almeno al totale maturato nell'anno corrente da parte del personale dirigente della struttura	1. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% 2. la valutazione è effettuata a livello di struttura operativa complessiva e la percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	5%	5%	SOSD Controllo di Gestione

S - Progetti di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
166 Progetti di accreditamento	Accreditamento istituzionale regione FVG: collaborare alla revisione delle procedure operative oggetto di valutazione Accreditamento OECl: Collaborare alla costruzione del cruscotto di indicatori aziendale	è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro per: - la revisione della documentazione non clinica, a partire da quella oggetto di valutazione nell'ambito del programma di accreditamento istituzionale regionale -la progettazione e implementazione del cruscotto di indicatori di qualità e rischio clinico previsto tra i requisiti del programma di accreditamento OECl	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	Direzione Sanitaria
				100%	100%	

Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR

In corso d'anno verrà garantito il raffronto dei volumi di attività resi in regime libero professionale con i volumi resi in regime istituzionale

SCHEDA BUDGET 2023 - SOC MEDICINA NUCLEARE - DIRIGENZA

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
168 attività ambulatoriale e per interni	1. numero di PET 2. altre prestazioni (escluse ecografie)	1. ≥ 3.371 2. valore 2022	1.2. La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: $\geq 95\% = 100\%$ $\geq 50\% \text{ e } < 95\% = \text{in proporzione all'intervallo}$ $< 50\% = 0\%$ L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei target	20%	25%	SOSD Controllo di Gestione

F - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
172 Mantenimento produzione scientifica: Impact Factor	1. Impact factor grezzo frazionato anno 2023 relativo agli articoli pubblicati 2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2023 relativo agli articoli pubblicati	1. $>$ media impact factor grezzo frazionato 2020-2022 relativo agli articoli pubblicati 2. $>$ media impact factor normalizzato frazionato 2020-2022 relativo agli articoli pubblicati	Ai singoli target viene riconosciuta una franchigia del 30% entro la quale i valori registrati vengono valutati raggiunti al 100%; al di sotto della franchigia i target non sono raggiunti. Il primo target pesa per il 60% mentre il secondo target pesa per il 40%	5%	5%	Biblioteca Scientifica
173 Mantenimento produzione scientifica: Numero pubblicazioni	1. Numero delle pubblicazioni anno 2023 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 2. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 3 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	1. $>$ media numero pubblicazioni anni 2020-2022 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 2. Almeno 1	Al primo target viene riconosciuta una franchigia del 30% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%; al di sotto della franchigia il target non è raggiunto. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	5%	5%	Biblioteca Scientifica

I - governo dei tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
169 Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie	garantire il rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche come definite dal PNGLA 2019-2021 per le priorità B, D e P	≥ 90%	<p>Nel caso in cui non vengano rispettati i tempi di attesa, si terrà conto dei volumi riferiti alle priorità B, D e P. Sono escluse dalla valutazione le prestazioni che hanno registrato volumi di erogazione <20 prestazioni.</p> <p>Nella valutazione si terrà conto dei risultati dell'appropriatezza delle priorità delle prescrizioni in termini di indagine campionaria effettuata dalla struttura interessata.</p>	10%	10%	SOSD Controllo di Gestione

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
170 Impiego di tecniche di acquisizione di immagini CT-PET-TAC in tempi consecutivi e in modalità identiche per la programmazione del piano terapeutico in radioterapia	predisposizione progetto	invio del progetto alla direzione sanitaria entro il 31.07.2023	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	15%	Direzione Sanitaria
171 Programmazione dell'attività ecografica presso la sede CRO	piano di erogazione dell'attività condiviso tra radiologia e medicina nucleare	invio alla direzione sanitaria entro il 31.05	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%	Direzione Sanitaria
174 Gruppi multidisciplinari	favorire la partecipazione ai GAMO dei propri collaboratori secondo gli standard definiti nei singoli regolamenti	evidenza della partecipazione (monitoraggio semestrale della direzione sanitaria)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%		Direzione Sanitaria
175 Gruppi multidisciplinari	partecipazione agli internal review meeting come da regolamento GAMO	entro il 31.07.2023	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	Direzione Sanitaria

O - Contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
176 rispetto del vincolo regionale in tema di dispositivi medici	valore dispositivi medici	≤ 2022-2%	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. Nella valutazione si terrà conto di incrementi/decrementi di attività rispetto al risultato 2022	10%	10%	SOSD Controllo di Gestione
177 Acquisizione di dispositivi medici	Favorire la centralizzazione degli acquisti di dispositivi medici nell'intento di aumentare l'efficiamento della spesa	trasmissione dei fabbisogni in modalità aggregata per la stessa tipologia di dispositivo medico	Il risultato viene valutato come segue: - assenza di richieste reiterate nel corso dell'anno per la stessa tipologia di beni/servizi, valutazione = 100% - presenza di richieste reiterate nel corso dell'anno per la stessa tipologia di beni/servizi, valutazione = 0%.	5%	5%	SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica

P - gestione risorse umane

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
178 gestione delle ferie	1. stesura del piano ferie annuale della struttura 2. n. giorni di ferie	1. invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il mese di luglio 2. fruizione di un numero di giorni di ferie pari almeno al totale maturato nell'anno corrente da parte del personale dirigente della struttura	1. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% 2. la valutazione è effettuata a livello di struttura operativa complessiva e la percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	5%	5%	SOSD Controllo di Gestione

S - Progetti di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
179 Progetti di accreditamento	Accreditamento istituzionale regione FVG: collaborare alla revisione delle procedure operative oggetto di valutazione Accreditamento OECl: Collaborare alla costruzione del cruscotto di indicatori aziendale	è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro per: - la revisione della documentazione non clinica, a partire da quella oggetto di valutazione nell'ambito del programma di accreditamento istituzionale regionale -la progettazione e implementazione del cruscotto di indicatori di qualità e rischio clinico previsto tra i requisiti del programma di accreditamento OECl	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	Direzione Sanitaria
				100%	100%	

Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR

In corso d'anno verrà garantito il raffronto dei volumi di attività resi in regime libero professionale con i volumi resi in regime istituzionale

SCHEDA DI BUDGET 2023 - DIPARTIMENTO DELLE ALTE TECNOLOGIE - COMPARTO

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		
				incarichi di coordinamento	altro personale	
518 Valutazione individuale del personale del comparto	organizzazione, realizzazione e partecipazione ad un incontro di presentazione della scheda individuale revisionata del personale del comparto	entro il 31.10	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%.	30%	10%	SOSD Direzione delle professioni sanitarie
520 Obiettivi di budget 2023	1. Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori 2. garantire almeno una riunione sulla valutazione dello stato di avanzamento degli obiettivi di budget con tutto il personale del comparto	1. evidenza del verbale della riunione di condivisione 2. invio del verbale con firma presenze alla direzione delle professioni sanitarie e al controllo di gestione	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	10%	20%	controllo di gestione
524 Revisione procedure della SOC radiologia	revisione: • la CES, mammografia con mezzo di contrasto e apparecchiatura Hologic • la biopsia stereotassica della mammella con sistema EVIVA • la biopsia della mammella in guda RM con apparecchiatura GE	invio delle procedure revisionate alla direzione delle professioni sanitarie entro il 31.10	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%.	10%	15%	SOSD Direzione delle professioni sanitarie
525 Revisione procedure della SOC medicina nucleare	revisione: • PR-MNC-10 Diagnostica PET-CT • PR-MNC-11 Diagnostica Scintigrafica • PR-MNC-12 gestione, preparazione e smaltimento del radiofarmaco	invio delle procedure revisionate alla direzione delle professioni sanitarie entro il 31.10	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%.	10%	15%	SOSD Direzione delle professioni sanitarie

Revisione procedure della SOC radioterapia

revisione:

- lean & Digitize processo trattamento HDR (mappatura, analisi dei rischi, revisione procedure)
- revisione sistema documentale in QUALIBUS, della radioterapia (modulistica e istruzioni operative)
- lean & Digitize processo del trattamento radiante in pazienti affette da Ca. mammella, (mappatura, analisi dei rischi, revisione procedure)
- percorso terapeutico assistenziale della paziente sottoposta a brachiterapia endocavitaria
- percorso terapeutico assistenziale del paziente in trattamento radioterapico con fasci esterni
- percorso terapeutico assistenziale del paziente sottoposto a chemioterapia e radioterapia concomitante

invio delle procedure revisionate alla direzione delle professioni sanitarie entro il 31.10

Il risultato viene valutato come segue:

- se il risultato è sì = 100%
- se il risultato è no = 0%.

20%

20%

SOSD Direzione delle professioni sanitarie

P - gestione risorse umane

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		
				incarichi di coordinamento	altro personale	
521 gestire le ferie	1. stesura del piano ferie annuale del personale del comparto del dipartimento. 2. n. giorni di ferie	1. invio del piano ferie annuale alla direzione professioni sanitarie entro il mese di luglio 2. fruizione di un numero di giorni di ferie pari almeno al totale maturato nell'anno corrente da parte del personale del comparto del dipartimento	1. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% 2. la valutazione è effettuata a livello di dipartimento e la percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	5%	5%	controllo di gestione

S - Progetti di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		
				incarichi di coordinamento	altro personale	
522						
Progetti di accreditamento	Accreditamento istituzionale regione FVG: collaborare alla revisione delle procedure operative oggetto di valutazione Accreditemento OECl: Collaborare alla costruzione del cruscotto di indicatori aziendale	è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro per: - la revisione della documentazione non clinica, a partire da quella oggetto di valutazione nell'ambito del programma di accreditamento istituzionale regionale -la progettazione e implementazione del cruscotto di indicatori di qualità e rischio clinico previsto tra i requisiti del programma di accreditamento OECl	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	direzione sanitaria

V - Progettualità rischio clinico

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		
				incarichi di coordinamento	altro personale	
523						
Gestione delle medicazioni	stesura dell'istruzione operativa ed elaborazione dello strumento di gestione delle medicazioni	entro il 31.12.23	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%.	10%	10%	SOSD Direzione delle professioni sanitarie
				100%	100%	

Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR

SCHEDA BUDGET 2023 - SOSD ANATOMIA PATOLOGICA AD INDIRIZZO ONCOLOGICO - DIRIGENZA

F - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
241 produttività scientifica - variabili attività scientifica di struttura (voci ministeriali)	punti attività scientifica di struttura	≥ 5 punti per struttura	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	7,5%	7,5%	biblioteca scientifica
324 produttività scientifica - variabili attività scientifica di dipartimento (voci ministeriali)	punti attività scientifica di dipartimento	≥ 40 punti per dipartimento	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	7,5%	7,5%	biblioteca scientifica

L - Tempi di refertazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
243 Monitoraggio dei tempi di refertazione per le prestazioni per interni	garantire i seguenti tempi di refertazione: ≤ 8 giorni lavorativi per le piccole biopsie ≤ 15 giorni lavorativi per i prodotti chirurgici e le biopsie escissionali	≥ 85% dei referti rispettano i tempi di refertazione	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	15%	Controllo di gestione

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
235 Gruppi multidisciplinari	favorire la partecipazione ai GAMO dei propri collaboratori secondo gli standard definiti nei singoli regolamenti	evidenza della partecipazione (monitoraggio semestrale della direzione sanitaria)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%		direzione sanitaria

239	ricognizione della strumentazione da rinnovare o acquisire in carico alla SO o di piattaforma	1. predisposizione di un elenco di 5 attrezzature la cui acquisizione è necessaria per la SO, con indicazione della relativa priorità 2. valutazione a livello dipartimentale dei report delle varie strutture e predisposizione report dipartimentale con indicazione della priorità di acquisizione a livello dipartimentale	1. invio report al direttore del dipartimento entro il 31.05 2. invio report dipartimentale alle strutture amministrative competenti entro il 31.08	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei target	10%	15%	direttore di dipartimento
240	Revisione delle voci di spesa attribuite al centro di costo Istituzionale/diagnostici	attribuzione in maniera accurata sui rispettivi centri di costo dei costi per l'attività diagnostica e di ricerca	monitoraggio del direttore di dipartimento sull'utilizzo corretto dei centri di costo	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%	direttore di dipartimento
242	Valutazione impatto economico delle nuove tariffe LEA 2023 (specialistica ambulatoriale)	simulazione dell'applicazione delle nuove tariffe sui dati 2022	evidenza al 31.10 di un report di valorizzazione dell'attività secondo le nuove tariffe	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%	Controllo di gestione

O - Contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza		
237	rispetto del vincolo regionale in tema di dispositivi medici	valore materiale diagnostico su fondi istituzionali	≤ 2022-2%	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. Nella valutazione si terrà conto di incrementi/decrementi di attività rispetto al risultato 2022	15%	15%	Controllo di gestione
238	Acquisizione di dispositivi medici/diagnostici	Favorire la centralizzazione degli acquisti di dispositivi medici/diagnostici nell'intento di aumentare l'efficiamento della spesa	trasmissione dei fabbisogni ANNUALI in modalità aggregata per la stessa tipologia di dispositivo. Da inviarsi a PO e DirDip per la pianificazione contratti	Il risultato viene valutato come segue: - assenza di richieste reiterate nel corso dell'anno per la stessa tipologia di beni/servizi, valutazione = 100% - presenza di richieste reiterate nel corso dell'anno per la stessa tipologia di beni/servizi, valutazione = 0%. Nella valutazione si terrà conto delle specificità riferite a singoli progetti di ricerca	10%	10%	approvvigionamenti

P - gestione risorse umane

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
234 gestire le ferie	1. stesura del piano ferie annuale della struttura 2. n. giorni di ferie	1. invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il mese di luglio 2. fruizione di un numero di giorni di ferie pari almeno al totale maturato nell'anno corrente da parte del personale dirigente della struttura	1. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% 2. la valutazione è effettuata a livello di struttura operativa complessiva e la percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	5%	5%	SOSD Controllo di Gestione

S - Progetti di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
236 Progetti di accreditamento	Accreditamento istituzionale regione FVG: collaborare alla revisione delle procedure operative oggetto di valutazione Accreditemento OECl: Collaborare alla costruzione del cruscotto di indicatori aziendale	è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro per: - la revisione della documentazione non clinica, a partire da quella oggetto di valutazione nell'ambito del programma di accreditamento istituzionale regionale -la progettazione e implementazione del cruscotto di indicatori di qualità e rischio clinico previsto tra i requisiti del programma di accreditamento OECl	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	Direzione Sanitaria
				100%	100%	

Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR

In corso d'anno verrà garantito il raffronto dei volumi di attività resi in regime libero professionale con i volumi resi in regime istituzionale

SCHEDA BUDGET 2023 - SOC ONCOGENETICA E ONCOGENOMICA FUNZIONALE - DIRIGENZA

F - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
251 produttività scientifica - variabili attività scientifica di struttura (voci ministeriali)	punti attività scientifica di struttura	≥ 5 punti per struttura	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	15%	biblioteca scientifica
323 produttività scientifica - variabili attività scientifica di dipartimento (voci ministeriali)	punti attività scientifica di dipartimento	≥ 40 punti per dipartimento	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	15%	biblioteca scientifica

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
245 Gruppi multidisciplinari	favorire la partecipazione ai GAMO dei propri collaboratori secondo gli standard definiti nei singoli regolamenti	evidenza della partecipazione (monitoraggio semestrale della direzione sanitaria)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%		direzione sanitaria
249 ricognizione della strumentazione da rinnovare o acquisire in carico alla SO o di piattaforma	1. predisposizione di un elenco di 5 attrezzature la cui acquisizione è necessaria per la SO, con indicazione della relativa priorità 2. valutazione a livello dipartimentale dei report delle varie strutture e predisposizione report dipartimentale con indicazione della priorità di acquisizione a livello dipartimentale	1. invio report al direttore del dipartimento entro il 31.05 2. invio report dipartimentale alle strutture amministrative competenti entro il 31.08	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei target	10%	15%	direttore di dipartimento
250 Revisione delle voci di spesa attribuite al centro di costo Istituzionale/diagnostici	attribuzione in maniera accurata sui rispettivi centri di costo dei costi per l'attività diagnostica e di ricerca	monitoraggio del direttore di dipartimento sull'utilizzo corretto dei centri di costo	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%	direttore di dipartimento

252

Valutazione impatto economico delle nuove tariffe LEA 2023 (specialistica ambulatoriale)

simulazione dell'applicazione delle nuove tariffe sui dati 2022

evidenza al 31.10 di un report di valorizzazione dell'attività secondo le nuove tariffe

Il risultato viene valutato come segue:
se il risultato è sì = 100%
se il risultato è no = 0%

10%

10%

Controllo di gestione

O - Contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza		
247	rispetto del vincolo regionale in tema di dispositivi medici	valore materiale diagnostico su fondi istituzionali	≤ 2022-2%	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. Nella valutazione si terrà conto di incrementi/decrementi di attività rispetto al risultato 2022	15%	15%	Controllo di gestione
248	Acquisizione di dispositivi medici/diagnostici	Favorire la centralizzazione degli acquisti di dispositivi medici/diagnostici nell'intento di aumentare l'efficiamento della spesa	trasmissione dei fabbisogni ANNUALI in modalità aggregata per la stessa tipologia di dispositivo. Da inviarsi a PO e DirDip per la pianificazione contratti	Il risultato viene valutato come segue: - assenza di richieste reiterate nel corso dell'anno per la stessa tipologia di beni/servizi, valutazione = 100% - presenza di richieste reiterate nel corso dell'anno per la stessa tipologia di beni/servizi, valutazione = 0%. Nella valutazione si terrà conto delle specificità riferite a singoli progetti di ricerca	10%	10%	approvvigionamenti

P - gestione risorse umane

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza		
244	gestire le ferie	1. stesura del piano ferie annuale della struttura 2. n. giorni di ferie	1. invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il mese di luglio 2. fruizione di un numero di giorni di ferie pari almeno al totale maturato nell'anno corrente da parte del personale dirigente della struttura	1. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% 2. la valutazione è effettuata a livello di struttura operativa complessiva e la percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	5%	5%	SOSD Controllo di Gestione

S - Progetti di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
246 Progetti di accreditamento	Accreditamento istituzionale regione FVG: collaborare alla revisione delle procedure operative oggetto di valutazione Accreditemento OECl: Collaborare alla costruzione del cruscotto di indicatori aziendale	è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro per: - la revisione della documentazione non clinica, a partire da quella oggetto di valutazione nell'ambito del programma di accreditamento istituzionale regionale -la progettazione e implementazione del cruscotto di indicatori di qualità e rischio clinico previsto tra i requisiti del programma di accreditamento OECl	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	Direzione Sanitaria
				100%	100%	

Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR

SCHEDA BUDGET 2023 - SOC ONCOLOGIA MOLECOLARE E MODELLI PRECLINICI DI PROGRESSIONE TUMORALE - DIRIGENZA

F - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
269 produttività scientifica - variabili attività scientifica di struttura (voci ministeriali)	punti attività scientifica di struttura	≥ 5 punti per struttura	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	15%	biblioteca scientifica
326 produttività scientifica - variabili attività scientifica di dipartimento (voci ministeriali)	punti attività scientifica di dipartimento	≥ 40 punti per dipartimento	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	15%	biblioteca scientifica

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
263 Gruppi multidisciplinari	favorire la partecipazione ai GAMO dei propri collaboratori secondo gli standard definiti nei singoli regolamenti	evidenza della partecipazione (monitoraggio semestrale della direzione sanitaria)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%		direzione sanitaria
267 ricognizione della strumentazione da rinnovare o acquisire in carico alla SO o di piattaforma	1. predisposizione di un elenco di 5 attrezzature la cui acquisizione è necessaria per la SO, con indicazione della relativa priorità 2. valutazione a livello dipartimentale dei report delle varie strutture e predisposizione report dipartimentale con indicazione della priorità di acquisizione a livello dipartimentale	1. invio report al direttore del dipartimento entro il 31.05 2. invio report dipartimentale alle strutture amministrative competenti entro il 31.08	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei target	10%	15%	direttore di dipartimento
268 Revisione delle voci di spesa attribuite al centro di costo Istituzionale/diagnostici	attribuzione in maniera accurata sui rispettivi centri di costo dei costi per l'attività diagnostica e di ricerca	monitoraggio del direttore di dipartimento sull'utilizzo corretto dei centri di costo	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%	direttore di dipartimento

270

Valutazione impatto economico delle nuove tariffe LEA 2023 (specialistica ambulatoriale)

simulazione dell'applicazione delle nuove tariffe sui dati 2022

evidenza al 31.10 di un report di valorizzazione dell'attività secondo le nuove tariffe

Il risultato viene valutato come segue:
se il risultato è sì = 100%
se il risultato è no = 0%

10%

10%

Controllo di gestione

O - Contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
265 rispetto del vincolo regionale in tema di dispositivi medici	valore materiale diagnostico su fondi istituzionali	≤ 2022-2%	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. Nella valutazione si terrà conto di incrementi/decrementi di attività rispetto al risultato 2022	15%	15%	Controllo di gestione
266 Acquisizione di dispositivi medici/diagnostici	Favorire la centralizzazione degli acquisti di dispositivi medici/diagnostici nell'intento di aumentare l'efficiamento della spesa	trasmissione dei fabbisogni ANNUALI in modalità aggregata per la stessa tipologia di dispositivo. Da inviarsi a PO e DirDip per la pianificazione contratti	Il risultato viene valutato come segue: - assenza di richieste reiterate nel corso dell'anno per la stessa tipologia di beni/servizi, valutazione = 100% - presenza di richieste reiterate nel corso dell'anno per la stessa tipologia di beni/servizi, valutazione = 0%. Nella valutazione si terrà conto delle specificità riferite a singoli progetti di ricerca	10%	10%	approvvigionamenti

P - gestione risorse umane

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
262 gestire le ferie	1. stesura del piano ferie annuale della struttura 2. n. giorni di ferie	1. invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il mese di luglio 2. fruizione di un numero di giorni di ferie pari almeno al totale maturato nell'anno corrente da parte del personale dirigente della struttura	1. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% 2. la valutazione è effettuata a livello di struttura operativa complessiva e la percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	5%	5%	SOSD Controllo di Gestione

S - Progetti di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
264 Progetti di accreditamento	Accreditamento istituzionale regione FVG: collaborare alla revisione delle procedure operative oggetto di valutazione Accreditemento OECl: Collaborare alla costruzione del cruscotto di indicatori aziendale	è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro per: - la revisione della documentazione non clinica, a partire da quella oggetto di valutazione nell'ambito del programma di accreditamento istituzionale regionale -la progettazione e implementazione del cruscotto di indicatori di qualità e rischio clinico previsto tra i requisiti del programma di accreditamento OECl	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	Direzione Sanitaria
				100%	100%	

Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR

SCHEDA BUDGET 2023 - SOC FARMACOLOGIA SPERIMENTALE E CLINICA - DIRIGENZA

F - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
260 produttività scientifica - variabili attività scientifica di struttura (voci ministeriali)	punti attività scientifica di struttura	≥ 5 punti per struttura	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	15%	biblioteca scientifica
325 produttività scientifica - variabili attività scientifica di dipartimento (voci ministeriali)	punti attività scientifica di dipartimento	≥ 40 punti per dipartimento	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	15%	biblioteca scientifica

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
254 Gruppi multidisciplinari	favorire la partecipazione ai GAMO dei propri collaboratori secondo gli standard definiti nei singoli regolamenti	evidenza della partecipazione (monitoraggio semestrale della direzione sanitaria)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%		direzione sanitaria
258 ricognizione della strumentazione da rinnovare o acquisire in carico alla SO o di piattaforma	1. predisposizione di un elenco di 5 attrezzature la cui acquisizione è necessaria per la SO, con indicazione della relativa priorità 2. valutazione a livello dipartimentale dei report delle varie strutture e predisposizione report dipartimentale con indicazione della priorità di acquisizione a livello dipartimentale	1. invio report al direttore del dipartimento entro il 31.05 2. invio report dipartimentale alle strutture amministrative competenti entro il 31.08	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei target	10%	15%	direttore di dipartimento
259 Revisione delle voci di spesa attribuite al centro di costo Istituzionale/diagnostici	attribuzione in maniera accurata sui rispettivi centri di costo dei costi per l'attività diagnostica e di ricerca	monitoraggio del direttore di dipartimento sull'utilizzo corretto dei centri di costo	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%	direttore di dipartimento

261

Valutazione impatto economico delle nuove tariffe LEA 2023 (specialistica ambulatoriale)

simulazione dell'applicazione delle nuove tariffe sui dati 2022

evidenza al 31.10 di un report di valorizzazione dell'attività secondo le nuove tariffe

Il risultato viene valutato come segue:
se il risultato è sì = 100%
se il risultato è no = 0%

10%

10%

Controllo di gestione

O - Contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza		
256	rispetto del vincolo regionale in tema di dispositivi medici	valore materiale diagnostico su fondi istituzionali	≤ 2022-2%	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. Nella valutazione si terrà conto di incrementi/decrementi di attività rispetto al risultato 2022	15%	15%	Controllo di gestione
257	Acquisizione di dispositivi medici/diagnostici	Favorire la centralizzazione degli acquisti di dispositivi medici/diagnostici nell'intento di aumentare l'efficiamento della spesa	trasmissione dei fabbisogni ANNUALI in modalità aggregata per la stessa tipologia di dispositivo. Da inviarsi a PO e DirDip per la pianificazione contratti	Il risultato viene valutato come segue: - assenza di richieste reiterate nel corso dell'anno per la stessa tipologia di beni/servizi, valutazione = 100% - presenza di richieste reiterate nel corso dell'anno per la stessa tipologia di beni/servizi, valutazione = 0%. Nella valutazione si terrà conto delle specificità riferite a singoli progetti di ricerca	10%	10%	approvvigionamenti

P - gestione risorse umane

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza		
253	gestire le ferie	1. stesura del piano ferie annuale della struttura 2. n. giorni di ferie	1. invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il mese di luglio 2. fruizione di un numero di giorni di ferie pari almeno al totale maturato nell'anno corrente da parte del personale dirigente della struttura	1. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% 2. la valutazione è effettuata a livello di struttura operativa complessiva e la percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	5%	5%	SOSD Controllo di Gestione

S - Progetti di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
255 Progetti di accreditamento	Accreditamento istituzionale regione FVG: collaborare alla revisione delle procedure operative oggetto di valutazione Accreditemento OECl: Collaborare alla costruzione del cruscotto di indicatori aziendale	è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro per: - la revisione della documentazione non clinica, a partire da quella oggetto di valutazione nell'ambito del programma di accreditamento istituzionale regionale -la progettazione e implementazione del cruscotto di indicatori di qualità e rischio clinico previsto tra i requisiti del programma di accreditamento OECl	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	Direzione Sanitaria
				100%	100%	

Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR

SCHEDA BUDGET 2023 - SOC ONCOEMATOLOGIA CLINICO SPERIMENTALE - DIRIGENZA

F - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
287 produttività scientifica - variabili attività scientifica di struttura (voci ministeriali)	punti attività scientifica di struttura	≥ 5 punti per struttura	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	15%	biblioteca scientifica
327 produttività scientifica - variabili attività scientifica di dipartimento (voci ministeriali)	punti attività scientifica di dipartimento	≥ 40 punti per dipartimento	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	15%	biblioteca scientifica

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
281 Gruppi multidisciplinari	favorire la partecipazione ai GAMO dei propri collaboratori secondo gli standard definiti nei singoli regolamenti	evidenza della partecipazione (monitoraggio semestrale della direzione sanitaria)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%		direzione sanitaria
285 ricognizione della strumentazione da rinnovare o acquisire in carico alla SO o di piattaforma	1. predisposizione di un elenco di 5 attrezzature la cui acquisizione è necessaria per la SO, con indicazione della relativa priorità 2. valutazione a livello dipartimentale dei report delle varie strutture e predisposizione report dipartimentale con indicazione della priorità di acquisizione a livello dipartimentale	1. invio report al direttore del dipartimento entro il 31.05 2. invio report dipartimentale alle strutture amministrative competenti entro il 31.08	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei target	10%	15%	direttore di dipartimento
286 Revisione delle voci di spesa attribuite al centro di costo Istituzionale/diagnostici	attribuzione in maniera accurata sui rispettivi centri di costo dei costi per l'attività diagnostica e di ricerca	monitoraggio del direttore di dipartimento sull'utilizzo corretto dei centri di costo	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%	direttore di dipartimento

288

Valutazione impatto economico delle nuove tariffe LEA 2023 (specialistica ambulatoriale)

simulazione dell'applicazione delle nuove tariffe sui dati 2022

evidenza al 31.10 di un report di valorizzazione dell'attività secondo le nuove tariffe

Il risultato viene valutato come segue:
se il risultato è sì = 100%
se il risultato è no = 0%

10%

10%

Controllo di gestione

O - Contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza		
283	rispetto del vincolo regionale in tema di dispositivi medici	valore materiale diagnostico su fondi istituzionali	≤ 2022-2%	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. Nella valutazione si terrà conto di incrementi/decrementi di attività rispetto al risultato 2022	15%	15%	Controllo di gestione
284	Acquisizione di dispositivi medici/diagnostici	Favorire la centralizzazione degli acquisti di dispositivi medici/diagnostici nell'intento di aumentare l'efficiamento della spesa	trasmissione dei fabbisogni ANNUALI in modalità aggregata per la stessa tipologia di dispositivo. Da inviarsi a PO e DirDip per la pianificazione contratti	Il risultato viene valutato come segue: - assenza di richieste reiterate nel corso dell'anno per la stessa tipologia di beni/servizi, valutazione = 100% - presenza di richieste reiterate nel corso dell'anno per la stessa tipologia di beni/servizi, valutazione = 0%. Nella valutazione si terrà conto delle specificità riferite a singoli progetti di ricerca	10%	10%	approvvigionamenti

P - gestione risorse umane

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza		
280	gestire le ferie	1. stesura del piano ferie annuale della struttura 2. n. giorni di ferie	1. invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il mese di luglio 2. fruizione di un numero di giorni di ferie pari almeno al totale maturato nell'anno corrente da parte del personale dirigente della struttura	1. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% 2. la valutazione è effettuata a livello di struttura operativa complessiva e la percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	5%	5%	SOSD Controllo di Gestione

S - Progetti di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
282 Progetti di accreditamento	Accreditamento istituzionale regione FVG: collaborare alla revisione delle procedure operative oggetto di valutazione Accreditemento OECl: Collaborare alla costruzione del cruscotto di indicatori aziendale	è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro per: - la revisione della documentazione non clinica, a partire da quella oggetto di valutazione nell'ambito del programma di accreditamento istituzionale regionale -la progettazione e implementazione del cruscotto di indicatori di qualità e rischio clinico previsto tra i requisiti del programma di accreditamento OECl	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	Direzione Sanitaria
				100%	100%	

Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR

SCHEDA BUDGET 2023 - SOC IMMUNOPATOLOGIA E BIOMARCATORI ONCOLOGICI - DIRIGENZA

F - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
328 produttività scientifica - variabili attività scientifica di dipartimento (voci ministeriali)	punti attività scientifica di dipartimento	≥ 40 punti per dipartimento	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	15%	biblioteca scientifica
329 produttività scientifica - variabili attività scientifica di struttura (voci ministeriali)	punti attività scientifica di struttura	≥ 5 punti per struttura	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	15%	biblioteca scientifica

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
272 Gruppi multidisciplinari	favorire la partecipazione ai GAMO dei propri collaboratori secondo gli standard definiti nei singoli regolamenti	evidenza della partecipazione (monitoraggio semestrale della direzione sanitaria)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%		direzione sanitaria
276 ricognizione della strumentazione da rinnovare o acquisire in carico alla SO o di piattaforma	1. predisposizione di un elenco di 5 attrezzature la cui acquisizione è necessaria per la SO, con indicazione della relativa priorità 2. valutazione a livello dipartimentale dei report delle varie strutture e predisposizione report dipartimentale con indicazione della priorità di acquisizione a livello dipartimentale	1. invio report al direttore del dipartimento entro il 31.05 2. invio report dipartimentale alle strutture amministrative competenti entro il 31.08	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei target	10%	15%	direttore di dipartimento
277 Revisione delle voci di spesa attribuite al centro di costo Istituzionale/diagnostici	attribuzione in maniera accurata sui rispettivi centri di costo dei costi per l'attività diagnostica e di ricerca	monitoraggio del direttore di dipartimento sull'utilizzo corretto dei centri di costo	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%	direttore di dipartimento
279 Valutazione impatto economico delle nuove tariffe LEA 2023 (specialistica ambulatoriale)	simulazione dell'applicazione delle nuove tariffe sui dati 2022	evidenza al 31.10 di un report di valorizzazione dell'attività secondo le nuove tariffe	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%	Controllo di gestione

O - Contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
274 rispetto del vincolo regionale in tema di dispositivi medici	valore materiale diagnostico su fondi istituzionali	≤ 2022-2%	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. Nella valutazione si terrà conto di incrementi/decrementi di attività rispetto al risultato 2022	15%	15%	Controllo di gestione
275 Acquisizione di dispositivi medici/diagnostici	Favorire la centralizzazione degli acquisti di dispositivi medici/diagnostici nell'intento di aumentare l'efficientamento della spesa	trasmissione dei fabbisogni ANNUALI in modalità aggregata per la stessa tipologia di dispositivo. Da inviarsi a PO e DirDip per la pianificazione contratti	Il risultato viene valutato come segue: - assenza di richieste reiterate nel corso dell'anno per la stessa tipologia di beni/servizi, valutazione = 100% - presenza di richieste reiterate nel corso dell'anno per la stessa tipologia di beni/servizi, valutazione = 0%. Nella valutazione si terrà conto delle specificità riferite a singoli progetti di ricerca	10%	10%	approvvigionamenti

P - gestione risorse umane

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
271 gestire le ferie	1. stesura del piano ferie annuale della struttura 2. n. giorni di ferie	1. invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il mese di luglio 2. fruizione di un numero di giorni di ferie pari almeno al totale maturato nell'anno corrente da parte del personale dirigente della struttura	1. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% 2. la valutazione è effettuata a livello di struttura operativa complessiva e la percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	5%	5%	SOSD Controllo di Gestione

S - Progetti di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
273 Progetti di accreditamento	Accreditamento istituzionale regione FVG: collaborare alla revisione delle procedure operative oggetto di valutazione Accreditemento OECl: Collaborare alla costruzione del cruscotto di indicatori aziendale	è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro per: - la revisione della documentazione non clinica, a partire da quella oggetto di valutazione nell'ambito del programma di accreditamento istituzionale regionale -la progettazione e implementazione del cruscotto di indicatori di qualità e rischio clinico previsto tra i requisiti del programma di accreditamento OECl	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	Direzione Sanitaria
				100%	100%	

Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR

In corso d'anno verrà garantito il raffronto dei i volumi di attività resi in regime libero professionale con i volumi resi in regime istituzionale

SCHEDA BUDGET 2023 - SOSD TRATTAMENTO DI CELLULE STAMINALI PER LE TERAPIE CELLULARI - DIRIGENZA

F - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
296 produttività scientifica - variabili attività scientifica di dipartimento (voci ministeriali)	punti attività scientifica di dipartimento	≥ 40 punti per dipartimento	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%	20%	biblioteca scientifica
330 produttività scientifica - variabili attività scientifica di struttura (voci ministeriali)	punti attività scientifica di struttura	≥ 5 punti per struttura	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%	20%	biblioteca scientifica

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
290 Gruppi multidisciplinari	favorire la partecipazione ai GAMO dei propri collaboratori secondo gli standard definiti nei singoli regolamenti	evidenza della partecipazione (monitoraggio semestrale della direzione sanitaria)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%		direzione sanitaria
294 ricognizione della strumentazione da rinnovare o acquisire in carico alla SO o di piattaforma	1. predisposizione di un elenco di 5 attrezzature la cui acquisizione è necessaria per la SO, con indicazione della relativa priorità 2. valutazione a livello dipartimentale dei report delle varie strutture e predisposizione report dipartimentale con indicazione della priorità di acquisizione a livello dipartimentale	1. invio report al direttore del dipartimento entro il 31.05 2. invio report dipartimentale alle strutture amministrative competenti entro il 31.08	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei target	10%	15%	direttore di dipartimento
295 Revisione delle voci di spesa attribuite al centro di costo Istituzionale/diagnostici	attribuzione in maniera accurata sui rispettivi centri di costo dei costi per l'attività diagnostica e di ricerca	monitoraggio del direttore di dipartimento sull'utilizzo corretto dei centri di costo	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%	direttore di dipartimento

O - Contenimento spesa prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
292 rispetto del vincolo regionale in tema di dispositivi medici	valore materiale diagnostico su fondi istituzionali	≤ 2022-2%	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. Nella valutazione si terrà conto di incrementi/decrementi di attività rispetto al risultato 2022	15%	15%	Controllo di gestione
293 Acquisizione di dispositivi medici/diagnostici	Favorire la centralizzazione degli acquisti di dispositivi medici/diagnostici nell'intento di aumentare l'efficientamento della spesa	trasmissione dei fabbisogni ANNUALI in modalità aggregata per la stessa tipologia di dispositivo. Da inviarsi a PO e DirDip per la pianificazione contratti	Il risultato viene valutato come segue: - assenza di richieste reiterate nel corso dell'anno per la stessa tipologia di beni/servizi, valutazione = 100% - presenza di richieste reiterate nel corso dell'anno per la stessa tipologia di beni/servizi, valutazione = 0%. Nella valutazione si terrà conto delle specificità riferite a singoli progetti di ricerca	10%	10%	approvvigionamenti

P - gestione risorse umane

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
289 gestire le ferie	1. stesura del piano ferie annuale della struttura 2. n. giorni di ferie	1. invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il mese di luglio 2. fruizione di un numero di giorni di ferie pari almeno al totale maturato nell'anno corrente da parte del personale dirigente della struttura	1. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% 2. la valutazione è effettuata a livello di struttura operativa complessiva e la percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	5%	5%	SOSD Controllo di Gestione

S - Progetti di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	
291 Progetti di accreditamento	Accreditamento istituzionale regione FVG: collaborare alla revisione delle procedure operative oggetto di valutazione Accreditemento OECl: Collaborare alla costruzione del cruscotto di indicatori aziendale	è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro per: - la revisione della documentazione non clinica, a partire da quella oggetto di valutazione nell'ambito del programma di accreditamento istituzionale regionale -la progettazione e implementazione del cruscotto di indicatori di qualità e rischio clinico previsto tra i requisiti del programma di accreditamento OECl	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	Direzione Sanitaria
				100%	100%	

Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR

In corso d'anno verrà garantito il raffronto dei i volumi di attività resi in regime libero professionale con i volumi resi in regime istituzionale

SCHEDA DI BUDGET 2023 - DIPARTIMENTO DELLA RICERCA E DELLA DIAGNOSTICA AVANZATA DEI TUMORI - COMPARTO

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		
				incarichi di coordinamento	altro personale	
415 Garantire L'attività dell'Unità Farmaci Antiblastici (UFA)	contribuire alla produzione dei trattamenti oncologici	evasione del 100% della domanda di copertura turni	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	10%	direzione sanitaria

F - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		
				incarichi di coordinamento	altro personale	
416 produttività scientifica - variabili attività scientifica di dipartimento (voci ministeriali)	punti attività scientifica di dipartimento	≥ 40 punti per dipartimento	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	15%	biblioteca scientifica

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		
				incarichi di coordinamento	altro personale	
417 Revisione delle voci di spesa attribuite al centro di costo Istituzionale/diagnostici	attribuzione in maniera accurata sui rispettivi centri di costo dei costi per l'attività diagnostica e di ricerca	monitoraggio del direttore di dipartimento sull'utilizzo corretto dei centri di costo	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%	direttore di dipartimento
418 Valutazione individuale del personale del comparto	organizzazione, realizzazione e partecipazione ad un incontro di presentazione della scheda individuale revisionata del personale del comparto	entro il 31.10	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%.	30%	10%	SOSD Direzione delle professioni sanitarie

419

Obiettivi di budget 2023

1. Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori
2. garantire almeno una riunione sulla valutazione dello stato di avanzamento degli obiettivi di budget con tutto il personale del comparto

1. evidenza del verbale della riunione di condivisione
2. invio del verbale con firma presenze alla direzione delle professioni sanitarie e al controllo di gestione

Il risultato viene valutato come segue:
se il risultato è sì = 100%
se il risultato è no = 0%.
L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target

10%

20%

controllo di gestione

422

ricognizione della strumentazione da rinnovare o acquisire in carico alla SO o di piattaforma

1. predisposizione di un elenco di 5 attrezzature la cui acquisizione è necessaria per la SO, con indicazione della relativa priorità
2. valutazione a livello dipartimentale dei report delle varie strutture e predisposizione report dipartimentale con in

1. invio report al direttore del dipartimento entro il 31.05
2. invio report dipartimentale alle strutture amministrative competenti entro il 31.08

I risultati vengono valutati come segue:
se il risultato è sì = 100%
se il risultato è no = 0%.
L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei target

10%

15%

direttore di dipartimento

423

Valutazione impatto economico delle nuove tariffe LEA 2023 (specialistica ambulatoriale)

simulazione dell'applicazione delle nuove tariffe sui dati 2022

evidenza al 31.10 di un report di valorizzazione dell'attività secondo le nuove tariffe

Il risultato viene valutato come segue:
se il risultato è sì = 100%
se il risultato è no = 0%

10%

10%

Controllo di gestione

P - gestione risorse umane**OBIETTIVO****INDICATORI/ATTIVITA'****TARGET****CRITERI VALUTAZIONE****PESI INCENTIVAZIONE**

incarichi di coordinamento

altro personale

420

gestire le ferie

1. stesura del piano ferie annuale del personale del comparto del dipartimento.
2. n. giorni di ferie

1. invio del piano ferie annuale alla direzione professioni sanitarie entro il mese di luglio
2. fruizione di un numero di giorni di ferie pari almeno al totale maturato nell'anno corrente da parte del personale del comparto del dipartimento

1. Il risultato viene valutato come segue:
se il risultato è sì = 100%
se il risultato è no = 0%
2. la valutazione è effettuata a livello di dipartimento e la percentuale di raggiungimento viene valutata come segue:
≥ 95% = 100%
≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo
<50% = 0%.
L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target

5%

5%

controllo di gestione

S - Progetti di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		
				incarichi di coordinamento	altro personale	
421 Progetti di accreditamento	Accreditamento istituzionale regione FVG: collaborare alla revisione delle procedure operative oggetto di valutazione Accreditemento OECl: Collaborare alla costruzione del cruscotto di indicatori aziendale	è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro per: - la revisione della documentazione non clinica, a partire da quella oggetto di valutazione nell'ambito del programma di accreditamento istituzionale regionale -la progettazione e implementazione del cruscotto di indicatori di qualità e rischio clinico previsto tra i requisiti del programma di accreditamento OECl	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	direzione sanitaria
				100%	100%	

Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR

SCHEDA DI BUDGET 2023 - SOC LEGALE, AFFARI GENERALI E GESTIONE RISORSE UMANE

G - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
196 Sistema gestionale del personale	Implementazione delle tabelle e dei sistemi gestionali aziendali dedicati al personale del SSR nei tempi e secondo le indicazioni fornite dalla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, INSIEL e GPI.	Evidenza del rispetto delle indicazioni della DCS, INSIEL e GPI	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ARCS
197 Ridurre la documentazione attualmente conferita al gestore del serv. esternalizzato. Individuare i principi per definire il modello organizzativo e di gestione del servizio esternalizzato, propedeutici alla pubblicazione del nuovo bando di gara regionale.	Collaborare con i referenti aziendali per le attività richieste da ARCS di competenza della struttura.	Evidenza della partecipazione secondo le richieste dei referenti aziendali.	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direzione Amministrativa

M - Trasparenza e anticorruzione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
191 Regolamento Aziendale in materia di incarichi extra istituzionali.	Revisione regolamento	Condivisione del regolamento alla direzione entro il 30.09 (incontro)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	15%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direzione Amministrativa
199 Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2023 - 2025	Garantire i monitoraggi del grado di assolvimento degli obblighi di trasparenza previsti dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	Invio relazioni trimestrali al RPCT entro il 10 del mese successivo al trimestre.	Il risultato viene valutato secondo un criterio proporzionale rispetto ai monitoraggi effettuati	5%	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RPCT

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
188 Nuovo atto aziendale: incarichi professionali della dirigenza.	1. Mappatura degli incarichi attuali e del percorso di revisione degli stessi 2. Redazione del regolamento 3. Emissione bandi.	1. Presentazione del documento ai sindacati entro il 30.06 2. Entro il 31.08 3. Entro il 31.10	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei target.	20%				10%			SOC Legale, Affari Generali e gestione Risorse Umane
189 Definizione della finalizzazione dei fondi contrattuali del comparto (incarichi progressioni economiche e indennità professionali e premialità e condizioni di lavoro).	Stipula accordi integrativi	Entro il 30.06	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	20%			10%			SOC Legale, Affari Generali e gestione Risorse Umane
190 Collaborazione con la direzione amministrativa per la revisione degli incarichi di funzione e di coordinamento in applicazione del nuovo contratto.	è garantita la collaborazione.	Predisposizione documento entro il 31.12	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%			5%			Direzione Amministrativa
192 Regolamento orario di lavoro del comparto	Revisione regolamento	Condivisione del regolamento alla direzione entro il 31.10 (incontro)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	15%			10%			SOC Legale, Affari Generali e gestione Risorse Umane
193 Regolamento aziendale per il part-time del personale del comparto.	Recepimento regolamento.	Entro 30.04	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	15%			15%			SOC Legale, Affari Generali e gestione Risorse Umane
194 Alienazione dei beni del patrimonio disponibile	Individuazione del progetto per l'affidamento del servizio.	Entro il 30.04	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%				10%			SOC Legale, Affari Generali e gestione Risorse Umane
195 Gestione del protocollo	Predisposizione manuale di gestione del protocollo, dei flussi documentali e degli archivi.	Entro il 31.12	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%				10%			SOC Legale, Affari Generali e gestione Risorse Umane

**Istituzione del servizio
Ispettivo**

1. Recepimento del regolamento.
2. Presiedere la nomina dei componenti del servizio da parte del direttore generale per l'avvio dell'attività.

1. Entro il 31.05
2. Entro il 31.07

Il risultato viene valutato come segue:
se il risultato è sì = 100%
se il risultato è no = 0%.
L'obiettivo viene valutato come media
del raggiungimento dei target.

5%	15%			5%		
----	-----	--	--	----	--	--

SOC Legale,
Affari Generali
e gestione
Risorse Umane

S - Progetti di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
200 Progetti di accreditamento	Accreditamento istituzionale regione FVG: collaborare alla revisione delle procedure operative oggetto di valutazione Accreditamento OECl: Collaborare alla costruzione del cruscotto di indicatori aziendale.	è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro per: - la revisione della documentazione non clinica, a partire da quella oggetto di valutazione nell'ambito del programma di accreditamento istituzionale regionale -la progettazione e implementazione del cruscotto di indicatori di qualità e rischio clinico previsto tra i requisiti del programma di accreditamento OECl.	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%						Direzione Sanitaria
Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR				100%	100%			100%			

SCHEDA DI BUDGET 2023 - SOC APPROVVIGIONAMENTI, ECONOMATO E LOGISTICA

G - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
210 Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato	Contribuire alle verifiche applicative delle funzionalità del sistema ERP.	Garantire la partecipazione ai gruppi di lavoro per le attività di verifica applicativa con la sottoscrizione del verbale.	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%				5%			SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
214 Ridurre la documentazione attualmente conferita al gestore del serv. esternalizzato. Individuare i principi per definire il modello organizzativo e di gestione del servizio esternalizzato, propedeutici alla pubblicazione del nuovo bando di gara regionale.	Collaborare con i referenti aziendali per le attività richieste da ARCS di competenza della struttura.	Evidenza della partecipazione secondo le richieste dei referenti aziendali.	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%				5%			Direzione Amministrativa

M - Trasparenza e anticorruzione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
216 Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2023 - 2025	Garantire i monitoraggi del grado di assolvimento degli obblighi di trasparenza previsti dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	Invio relazioni trimestrali al RPCT entro il 10 del mese successivo al trimestre.	Il risultato viene valutato secondo un criterio proporzionale rispetto ai monitoraggi effettuati	5%				5%			RPCT
217 Attività di informazione scientifica su farmaci e dispositivi medici	Acquisizione di un sistema Software in grado di tenere traccia degli appuntamenti degli informatori scientifici al fine di agevolare l'iter di registrazione e di costituire contestualmente un registro degli informatori accreditati.	Avvio procedura di affidamento entro 45 giorni dal ricevimento del progetto completo da parte della SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%				10%			SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica

218

Alimentazione della sezione di amministrazione trasparente con i documenti prescritti dalla normativa in tema di PNNR

Publicazione documenti nel rispetto della normativa

Evidenza della pubblicazione (relazione del RPCT)

Il risultato viene valutato in modo proporzionale rispetto all'implementazione dei dati.

5%

10%

RPCT

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO		
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)	Coll. Ric. (D)			
211	Rispetto tempi di pagamento	Numero di fatture riscontrate entro 30 giorni dalla registrazione in SDI	≥ 80%	Viene riconosciuta una franchigia del 10% La valutazione del target è: ≥ 70% = 100% < 70% = 0%	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
212	Programmazione degli acquisti di beni di investimento anno 2023 per priorità	1. partecipazione al comitato di valutazione istituito dalla direzione entro il 31.07 nell'ambito delle quali verranno definiti i cronoprogrammi di attuazione. 2. rispetto delle scadenze del 2023	1. è garantita la partecipazione (verbali) 2. sono garantite le scadenze previste nel 2023	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei target.	20%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica
213	Alienazione dei beni del patrimonio disponibile	Affidamento del servizio	Entro 4 mesi dal ricevimento da parte della SOC Legale, Affari Generali e gestione Risorse Umane del progetto completo che consenta l'avvio della procedura di affidamento	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica
215	Garantire il monitoraggio dell'obiettivo presente nelle schede di budget delle strutture cliniche relativo alla centralizzazione dei fabbisogni di dispositivi medici.	Elaborazione tabella di monitoraggio semestrali	Invio 2 report semestrali sullo stato attuazione dell'obiettivo di budget delle diverse strutture entro il mese successivo al semestre di riferimento.	L'obiettivo viene valutato secondo un criterio proporzionale in rapporto ai report predisposti e inviati	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di Gestione
219	Proposta del regolamento per la gestione dell'inventario dei beni mobili	Proposta regolamento	entro 31.12	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica

S - Progetti di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
220 Progetti di accreditamento	Accreditamento istituzionale regione FVG: collaborare alla revisione delle procedure operative oggetto di valutazione Accreditamento OECl: Collaborare alla costruzione del cruscotto di indicatori aziendale	è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro per: - la revisione della documentazione non clinica, a partire da quella oggetto di valutazione nell'ambito del programma di accreditamento istituzionale regionale -la progettazione e implementazione del cruscotto di indicatori di qualità e rischio clinico previsto tra i requisiti del programma di accreditamento OECl	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%							Direzione Sanitaria
Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR				100%				100%			

SCHEDA DI BUDGET 2023 - SOC GESTIONE DELLE TECNOLOGIE CLINICHE, TECNICO-STRUTTURALI E INFORMATICHE

G - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)	Coll. Ric. (D)	
221 Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato	Contribuire alle verifiche applicative delle funzionalità del sistema ERP.	Garantire la partecipazione ai gruppi di lavoro per le attività di verifica applicativa con la sottoscrizione del verbale.	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%			5%			SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
223 Linee progettuali regionali di competenza della struttura (vedi linee per la gestione del SSR)	Monitoraggio trimestrale dello stato di attuazione degli obiettivi rispetto ai risultati attesi.	Entro il tempo utile per l'approvazione dei rendiconti trimestrali	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%	20%			20%			SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche
225 Ridurre la documentazione attualmente conferita al gestore del serv. esternalizzato. Individuare i principi per definire il modello organizzativo e di gestione del servizio esternalizzato, propedeutici alla pubblicazione del nuovo bando di gara regionale.	Collaborare con i referenti aziendali per le attività richieste da ARCS di competenza della struttura	Evidenza della partecipazione secondo le richieste dei referenti aziendali.	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%			5%			Direzione Amministrativa

M - Trasparenza e anticorruzione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)	Coll. Ric. (D)	
227 Tutela del whistleblower	Individuazione di una piattaforma che permetta di ricevere e gestire in totale sicurezza e in conformità al dettato normativo le segnalazioni ricevute dagli utenti, beneficiando del massimo grado di riservatezza.	Entro il 30.09	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	15%			15%			RPCT

229	Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2023 - 2025	Garantire i monitoraggi del grado di assolvimento degli obblighi di trasparenza previsti dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	Invio relazioni trimestrali al RPCT entro il 10 del mese successivo al trimestre	Il risultato viene valutato secondo un criterio proporzionale rispetto ai monitoraggi effettuati	5%	5%			5%			RPCT
------------	--------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	----	----	--	--	----	--	--	------

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO		
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)	
222	Progetto protoni	Monitoraggio avanzamento delle attività mediante aggiornamento del diagramma di Gantt	Evidenza aggiornamento con cadenza trimestrale	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	15%			10%			SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche
224	Programmazione degli acquisti di beni di investimento anno 2023 per priorità	1. partecipazione al comitato di valutazione istituito dalla direzione entro il 31.07 nell'ambito delle quali verranno definiti i cronoprogrammi di attuazione. 2. rispetto delle scadenze del 2023	1. è garantita la partecipazione (verbali) 2. sono garantite le scadenze previste nel 2023	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei target.	20%	20%			20%			SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche
226	Risparmio energetico	Predisposizione di un documento con evidenza delle azioni per il risparmio energetico così come descritto dalla funzione pubblica.	Entro il 31.07	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei target.								SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche
230	Istruzione operativa che regolamenti le attività da effettuare nei confronti dell'INAIL (polizza assicurativa) nei casi di acquisizione/dismissione di tecnologie	Predisposizione istruzione operativa in condivisione con SOC di fisica sanitaria	Entro il 31.07	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%			15%			SOC Fisica sanitaria

S - Progetti di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
228											
Progetti di accreditamento	Accreditamento istituzionale regione FVG: collaborare alla revisione delle procedure operative oggetto di valutazione Accreditamento OECl: Collaborare alla costruzione del cruscotto di indicatori aziendale	è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro per: - la revisione della documentazione non clinica, a partire da quella oggetto di valutazione nell'ambito del programma di accreditamento istituzionale regionale -la progettazione e implementazione del cruscotto di indicatori di qualità e rischio clinico previsto tra i requisiti del programma di accreditamento OECl	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%			5%			Direzione Sanitaria
Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR				100%	100%			100%			

SCHEDA DI BUDGET 2023 - SOC GESTIONE RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE

G - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)	Coll. Ric. (D)	
201 Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato.	Contribuire alle verifiche applicative delle funzionalità del sistema ERP.	Garantire la partecipazione ai gruppi di lavoro per le attività di verifica applicativa con la sottoscrizione del verbale.	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%				5%			SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
202 Elaborazione dei rendiconti economici periodici ministeriali/regionali alle scadenze fissate.	Predisposizione rendiconti regionali e CE Ministeriali	Entro il mese successivo al periodo di riferimento o entro la scadenza indicata dalla Regione.	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%				15%			SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
205 Modello CE ucraina consuntivo 2022	1. Emissione fatture 2. Applicazione dei criteri per l'elaborazione del modello CE ucraina	Modello CE entro il 30.04	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%				10%			SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
206 Ridurre la documentazione attualmente conferita al gestore del serv. esternalizzato. Individuare i principi per definire il modello organizzativo e di gestione del servizio esternalizzato, propedeutici alla pubblicazione del nuovo bando di gara regionale.	Collaborare con i referenti aziendali per le attività richieste da ARCS di competenza della struttura.	Evidenza della partecipazione secondo le richieste dei referenti aziendali.	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%				5%			Direzione Amministrativa

M - Trasparenza e anticorruzione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)	Coll. Ric. (D)	
207 Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2023 - 2025	Garantire i monitoraggi del grado di assolvimento degli obblighi di trasparenza previsti dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	Invio relazioni trimestrali al RPCT entro il 10 del mese successivo al trimestre	Il risultato viene valutato secondo un criterio proporzionale rispetto ai monitoraggi effettuati	5%				5%			RPCT

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
203 Ricognizione delle attività della struttura	Descrizione delle attività/processi e personale dedicato.	Entro 31.10	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%				10%			SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
204 Fatturazione farmaci innovativi anno 2023	1. Predisposizione elenchi per l'emissione delle fatture 2. Emissione delle fatture attive nel corso del 2023	Trasmissione dell'elenco dettagliato delle fatture emesse entro 31.12.2023	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%				30%			SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
209 Revisione percorso raccolta informazioni per la predisposizione della delibera oblazioni	Revisione percorso	Entro il mese di luglio	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%				20%			SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie

S - Progetti di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
208 Progetti di accreditamento	Accreditamento istituzionale regione FVG: collaborare alla revisione delle procedure operative oggetto di valutazione Accreditamento OECl: Collaborare alla costruzione del cruscotto di indicatori aziendale	è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro per: - la revisione della documentazione non clinica, a partire da quella oggetto di valutazione nell'ambito del programma di accreditamento istituzionale regionale -la progettazione e implementazione del cruscotto di indicatori di qualità e rischio clinico previsto tra i requisiti del programma di accreditamento OECl	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%							Direzione Sanitaria
Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR				100%				100%			

SCHEDA DI BUDGET 2023 - DIREZIONE AMMINISTRATIVA: UFFICIO CASSA

G - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
231 Ridurre la documentazione attualmente conferita al gestore del serv. esternalizzato. Individuare i principi per definire il modello organizzativo e di gestione del servizio esternalizzato, propedeutici alla pubblicazione del nuovo bando di gara regionale.	Collaborare con i referenti aziendali per le attività richieste da ARCS di competenza della struttura	Evidenza della partecipazione secondo le richieste dei referenti aziendali	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direzione Amministrativa
232 Rilevazione dati attività ambulatoriale e di ricovero a favore dei pazienti ucraini.	Controllo dati di attività in collaborazione con la SOSD Controllo di Gestione utili alla compilazione del modello CE 2022	Modello CE entro il 30.04	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
463 Gestione crediti per prestazioni ambulatoriali non disette	è garantita l'attività correlata al recupero delle somme dovute in caso di prestazioni ambulatoriali non disette anno 2023	evidenza della realizzazione dell'indicatore	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	direzione amministrativa

S - Progetti di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)	Coll. Ric. (D)	
233 Monitoraggio report flusso SDO presenti in BO	è garantita la risoluzione delle anomalie relative all'anagrafica del paziente sulla base dei report presenti in Business Object	evidenza della risoluzione delle anomalie	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di Gestione
Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SCHEDA DI BUDGET 2023 - DIREZIONE GENERALE

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
460 Gestione crediti per prestazioni ambulatoriali non disdette	1. iscrizione a ruolo delle posizioni debitorie	1. ≥ 90% delle posizioni debitorie sono iscritte a ruolo	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	direzione amministrativa
501 strutturare percorso dedicato per i team multidisciplinari, quale principale snodo di attività per tutti i pazienti oncologici presi in carico e a garanzia dell'erogazione delle prestazioni nei tempi clinici necessari al paziente nel suo percorso di cura	Graduale costituzione di slot dedicate ai team multidisciplinari CRO	Almeno 3 team multidisciplinari hanno un percorso dedicato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	50%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	direzione amministrativa
502 Definire in via sperimentale una modalità di prescrizione delle prestazioni con graduazione della priorità clinica anche in fase di "accesso successivo", in base al percorso di cura in essere.	elaborazione di una proposta di procedura aziendale per il percorso ambulatoriale definita in stretto raccordo con i Direttori di Dipartimento	invio proposta alla direzione sanitaria entro il 30.11	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	50%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	direzione amministrativa

γ - Adempimenti normativi

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
461 Supporto alla redazione di documenti secondo quanto richiesto dalle direzioni	è garantito il supporto alla redazione dei seguenti documenti: - atto aziendale - PIAO	evidenza del supporto	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	direzione amministrativa
Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR				<input type="checkbox"/>	100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SCHEDA DI BUDGET 2023 - DIREZIONE GENERALE: SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE

G - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
500 monitoraggio della linea progettuale regionale "Programma PP3 Luoghi di lavoro che promuovono salute"	invio report di monitoraggio	entro i termini previsti per i rendiconti economici trimestrali come da richieste della SOSD controllo di gestione	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
495 protocollo inerente al controllo della potabilità delle acque secondo quanto previsto dalla normativa vigente	collaborare con la direzione medica all'applicazione del protocollo	predisposizione di un report entro il 31.12 con l'evidenza dei controlli effettuati	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria
496 protocollo aziendale inerente il monitoraggio, la gestione e il controllo della legionella	collaborare con la direzione medica all'applicazione del protocollo	predisposizione di un report entro il 31.12 con l'evidenza dei controlli effettuati	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria

P - gestione risorse umane

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
498 gestire le ferie	1. stesura del piano ferie annuale della struttura 2. n. giorni di ferie	1. invio del piano ferie annuale alla direzione generale e al controllo di gestione entro il mese di luglio 2. fruizione di un numero di giorni di ferie pari almeno al totale maturato nell'anno corrente da parte del personale dirigente della struttura	1. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% 2. la valutazione è effettuata a livello di struttura operativa complessiva e la percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di Gestione

S - Progetti di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
497 Progetti di accreditamento	Accreditamento istituzionale regione FVG: collaborare alla revisione delle procedure operative oggetto di valutazione Accreditemento OECl: Collaborare alla costruzione del cruscotto di indicatori aziendale	è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro per: - la revisione della documentazione non clinica, a partire da quella oggetto di valutazione nell'ambito del programma di accreditamento istituzionale regionale -la progettazione e implementazione del cruscotto di indicatori di qualità e rischio clinico previsto tra i requisiti del programma di accreditamento OECl	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria

Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	------	--------------------------	--------------------------

SCHEDA DI BUDGET 2023 - SOSD CONTROLLO DI GESTIONE

G - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)	Coll. Ric. (D)	
480 Sistema informativo gestione economica finanziaria ed economato	Contribuire alle verifiche applicative delle funzionalità del sistema ERP.	Garantire la partecipazione ai gruppi di lavoro per le attività di verifica applicativa con la sottoscrizione del verbale.	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%				5%			SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
481 garantire la gestione dei flussi ministeriali	elaborazione e inserimento dei dati nel sistema NSIS	entro le scadenze previste	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%					25%			controllo di gestione
482 Elaborazione dati file F e farmaci innovativi extra-regionali	1. elaborazione del flusso dati da caricare nel file f in collaborazione con la SOSD di farmacia 2. elaborazione report per fatturazione farmaci innovativi anno 2022 in collaborazione con la SOSD di farmacia	1. entro il termine stabilito dalla DCS 2. entro il 31 luglio	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei target	10%				10%			controllo di gestione
483 Monitoraggio valore linea sovraziendale "farmaci innovativi"	verifica dei report trimestrali AIFA inviati dalla DCS in collaborazione con la SOSD farmacia	rispetto delle scadenze DCS	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%				5%			controllo di gestione
484 monitoraggio del consumo di dispositivi medici per struttura operativa in collaborazione con la SOSD farmacia	monitoraggio trimestrale a partire dal II trimestre, con evidenza delle variazioni incrementali	evidenza dei report trimestrali in tempo utile per i rendiconti economici trimestrali	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%				5%			controllo di gestione
485 Valutazione impatto economico delle nuove tariffe LEA 2023 (specialistica ambulatoriale)	simulazione dell'applicazione delle nuove tariffe sui dati 2022 in collaborazione con le varie strutture	evidenza al 31.12 di un report di valorizzazione dell'attività secondo le nuove tariffe	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei target	15%				10%			controllo di gestione

487

Riduzione della documentazione attualmente conferita al gestore del servizio esternalizzato
Individuazione e dei principi necessari a definire il modello organizzativo e di gestione del servizio esternalizzato, propedeutici alla pubblicazione del nuovo band

collaborare con i referenti aziendali per le attività richieste da ARCS di competenza della struttura

evidenza della partecipazione secondo le richieste dei referenti aziendali

Il risultato viene valutato come segue:
 se il risultato è sì = 100%
 se il risultato è no = 0%

5%					5%		
----	--	--	--	--	----	--	--

Direzione Amministrativa

490

Modello CE ucraina consuntivo 2022

1. elaborazione dati di attività dei pazienti ucraini in collaborazione con l'ufficio cassa
 2. applicazione dei criteri per l'elaborazione del modello CE ucraina

modello ce entro il 30.04

Il risultato viene valutato come segue:
 se il risultato è sì = 100%
 se il risultato è no = 0%

10%					5%		
-----	--	--	--	--	----	--	--

controllo di gestione

M - Trasparenza e anticorruzione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO			
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)		
486	Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2023 - 2025	garantire i monitoraggi del grado di assolvimento degli obblighi di trasparenza previsti dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza	invio relazioni trimestrali al RPCT entro il 10 del mese successivo al trimestre	Il risultato viene valutato secondo un criterio proporzionale rispetto ai monitoraggi effettuati	5%					5%			RPCT

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO			
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)		
489	ricognizione delle attività della struttura	descrizione delle attività/processi e personale dedicato	entro 31.10	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%					10%			controllo di gestione
491	monitoraggio obiettivi di budget delle strutture	cicli di incontri con le strutture per la valutazione dei risultati	almeno 1 con eventuali approfondimenti in caso di criticità	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%					10%			controllo di gestione

S - Progetti di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO		
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)	
488												
Progetti di accreditamento	Accreditamento istituzionale regione FVG: collaborare alla revisione delle procedure operative oggetto di valutazione Accredimento OECl: Collaborare alla costruzione del cruscotto di indicatori aziendale	è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro per: - la revisione della documentazione non clinica, a partire da quella oggetto di valutazione nell'ambito del programma di accreditamento istituzionale regionale -la progettazione e implementazione del cruscotto di indicatori di qualità e rischio clinico previsto tra i requisiti del programma di accreditamento OECl	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%				5%				direzione sanitaria
Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR				100%				100%				

SCHEDA DI BUDGET 2023 - DIREZIONE SANITARIA: DIREZIONE MEDICA

A - Attività di sala operatoria

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
499 monitoraggio obiettivo presente nelle schede di budget delle strutture operative relative alla sale operatorie	1. monitoraggio rispetto della programmazione settimanale 2. monitoraggio numero sedute cancellate	almeno due report di monitoraggio al 30.09 (periodo giugno-agosto) e 31.12 (periodo giugno-dicembre)	il risultato viene valutato in proporzione al numero di report predisposti	<input type="checkbox"/>	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direzione Sanitaria

C - Appropriately dei ricoveri

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
298 Collaborare al monitoraggio di appropriatezza dei ricoveri previsto dal piano controlli	partecipazione ai due controlli semestrali	entro i tempi previsti dal piano controlli	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	10%	<input type="checkbox"/>	10%	25%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria
303 appropriatezza del setting assistenziale dell'attività di ricovero ordinario	1. predisposizione check-list per il monitoraggio dell'appropriatezza dei ricoveri ordinari 2. monitoraggio dell'uso della check-list da parte delle strutture	1. invio della check-list alle strutture operative entro il 15.07 2. predisposizione report di monitoraggio del periodo agosto-dicembre	1. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% 2. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei target	<input type="checkbox"/>	20%	<input type="checkbox"/>	15%	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria

G - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
297 attuazione e monitoraggio degli obiettivi presenti nelle linee progettuali regionali di competenza della struttura (vedi PAO)	predisposizione report trimestrali	invio report al controllo di gestione in tempo utile per l'approvazione dei rendiconti trimestrali	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	10%	<input type="checkbox"/>	5%	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	controllo di gestione

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
299 Cartella clinica attività di ricovero	garantire il monitoraggio sull'uso della nuova cartella clinica	effettuazione di due monitoraggi (rilevazione campionaria)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	10%	<input type="checkbox"/>	20%	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria
300 procedura HACCP	aggiornamento procedura relativa al servizio di ristorazione	invio procedura aggiornata al direttore sanitario entro il 31.12	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria
301 protocollo inerente al controllo della potabilità delle acque secondo quanto previsto dalla normativa vigente	collaborare con SPPA all'applicazione del protocollo	predisposizione di un report entro il 31.12 con l'evidenza dei controlli effettuati	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	5%	<input type="checkbox"/>	15%	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria
302 protocollo aziendale inerente il monitoraggio, la gestione e il controllo della legionella	collaborare con SPPA all'applicazione del protocollo	predisposizione di un report entro il 31.12 con l'evidenza dei controlli effettuati	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	5%	<input type="checkbox"/>	20%	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria
305 gruppi multidisciplinari	coordinare gli internal review meeting come da regolamento GAMO	entro il 31.07	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria
492 procedura emergenze cliniche interne	aggiornamento procedura relativa alle emergenze cliniche interne	invio procedura aggiornata al direttore sanitario entro il 31.12	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria

P - gestione risorse umane

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
304 gestire le ferie	1. stesura del piano ferie annuale della struttura 2. n. giorni di ferie	1. invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il mese di maggio 2. fruizione di un numero di giorni di ferie pari almeno al totale maturato nell'anno corrente da parte del personale dirigente della struttura	1. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% 2. la valutazione è effettuata a livello di struttura operativa complessiva e la percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	<input type="checkbox"/>	5%	<input type="checkbox"/>	5%	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di Gestione

S - Progetti di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
306 Qualità, Accreditamento, Certificazioni	Coordinare le attività previste nel corso dell'anno dai diversi sistemi di accreditamento	evidenza del rispetto dell'indicatore	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	10%	<input type="checkbox"/>	10%	20%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direzione Sanitaria
Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR				<input type="checkbox"/>	100%	<input type="checkbox"/>	100%	100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SCHEDA DI BUDGET 2023 - DIREZIONE SANITARIA: UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO E COMUNICAZIONE

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
307 Gestione dei reclami	predisposizione di 2 relazioni semestrali con la sintesi dei reclami suddivisi per tipologia e tempi di evasione delle risposte	1. relazione del primo semestre entro il 15.09.23 2. relazione del secondo semestre entro il 31.01.24	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei singoli target	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria
308 Gestione dei reclami	monitoraggio dell'iter di evasione dei reclami	invio alla direzione sanitaria di report trimestrali, a partire dal II trimestre, con evidenza dell'iter di evasione dei singoli reclami	L'obiettivo viene valutato proporzionalmente al numero di report inviati alla direzione sanitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria
310 Questionari sulla soddisfazione dell'utente	1. distribuire, raccogliere i questionari 2. elaborazione dei dati in collaborazione con la direzione scientifica	invio alla direzione sanitaria entro il 31.12 di un report con l'evidenza dei risultati	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria
425 Avvio nuova area intranet aziendale	Strutturare e implementare la nuova area intranet aziendale	entro il 31.07.2023	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35%	direzione sanitaria
426 Rapporti con le Organizzazioni di volontariato	Riorganizzare la sezione "Volontari" del sito web aziendale a seguito dell'adozione del regolamento per la disciplina dei rapporti con gli enti del terzo settore (approvato con delibera n. 427 del 15.09.2022)	Entro il 31.07.2023	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30%	direzione sanitaria
427 Convenzioni con le Organizzazioni di volontariato	Predisporre le convenzioni con le organizzazioni di volontariato a seguito del regolamento per la disciplina dei rapporti con gli enti del terzo settore (approvato con delibera n. 427 del 15.09.2022)	Entro il 31.12.2023	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30%	direzione sanitaria

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
309 gestire le ferie	1. stesura del piano ferie annuale della struttura 2. n. giorni di ferie	1. invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il mese di luglio 2. fruizione di un numero di giorni di ferie pari almeno al totale maturato nell'anno corrente	1. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% 2. la valutazione è effettuata a livello di struttura operativa complessiva e la percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5%	<input type="checkbox"/>	5%	SOSD Controllo di Gestione
Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%	<input type="checkbox"/>	100%	

SCHEDA DI BUDGET 2023 - DIREZIONE SANITARIA: CENTRO ATTIVITÀ FORMATIVE

G - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
515 Piano della formazione regionale	Stesura e deliberazione del piano formativo aziendale	Invio alla DCS entro il 31.03.23	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	40%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria
516 Piano della formazione Regionale	Aggiornamento del piano formativo aziendale entro 30 giorni dalla pubblicazione del Piano Formativo Regionale	Invio alla DCS entro 30 giorni dalla pubblicazione del piano formativo regionale	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	20%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria
517 Relazione Annuale	Stesura della Relazione Annuale dell'attività del CAF	Invio alla DCS entro il 31.05.23	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	15%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria

P - gestione risorse umane

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
513 gestire le ferie	1. stesura del piano ferie annuale della struttura 2. n. giorni di ferie	1. invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il mese di luglio 2. fruizione di un numero di giorni di ferie pari almeno al totale maturato nell'anno corrente da parte del personale dirigente della struttura	1. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% 2. la valutazione è effettuata a livello di struttura operativa complessiva e la percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo < 50% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei target	<input type="checkbox"/>	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di Gestione

S - Progetti di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO		
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)	
512												
Progetti di accreditamento	Accreditamento istituzionale regione FVG: collaborare alla revisione delle procedure operative oggetto di valutazione Accredimento OECl: Collaborare alla costruzione del cruscotto di indicatori aziendale	è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro per: - la revisione della documentazione non clinica, a partire da quella oggetto di valutazione nell'ambito del programma di accreditamento istituzionale regionale -la progettazione e implementazione del cruscotto di indicatori di qualità e rischio clinico previsto tra i requisiti del programma di accreditamento OECl	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria
514												
Organizzare progetto formativo per formatori (mandato Regionale)	Accreditamento e svolgimento evento formativo	Erogare progetto formativo	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	15%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria
Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR				<input type="checkbox"/>	100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SCHEDA DI BUDGET 2023 - SOSP DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO		
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)	
436 Garantire L'attività dell'Unità Farmaci Antiblastici (UFA)	contribuire alla produzione dei trattamenti oncologici	evasione del 100% della domanda di copertura turni	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria

G - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
441 Rendicontazione piano recupero liste di attesa (codice 196)	predisposizione report trimestrali sullo stato di attuazione del programma con evidenza di eventuali criticità in termini di realizzazione a partire dalla data di avvio del piano	entro il 10 del mese successivo al trimestre invio alla direzione e al controllo di gestione	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	30%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Direzione delle professioni sanitarie

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
432 gruppi multidisciplinari	favorire la partecipazione ai GAMO dei propri collaboratori secondo gli standard definiti nei singoli regolamenti	evidenza della partecipazione (monitoraggio semestrale della direzione sanitaria)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	5%	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria
434 revisione procedura sugli orari di apertura dei locali esequiali	procedura revisionata	entro il 31.12	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	10%	20%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria
435 Garantire l'attività di oncologia presso la sede di Pordenone da parte del personale del comparto del dipartimento	è garantita la presenza del personale infermieristico nelle giornate di somministrazione di chemioterapia	100% dei turni garantiti	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	5%	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Direzione delle professioni sanitarie

437	coordinare le attività correlate all'implementazione dell'applicativo LOG80 nelle degenze mediche, nelle sedi di San Vito e PN	utilizzo nuovo applicativo	evidenza dell'utilizzo del nuovo applicativo (relazione del dirigente delle professioni sanitarie)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Direzione delle professioni sanitarie
438	Valutazione individuale del personale del comparto	organizzazione, realizzazione e partecipazione alla presentazione della scheda revisionata del personale del comparto	entro il 31.10	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	20%	20%	<input type="checkbox"/>	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Direzione delle professioni sanitarie
439	Gestione delle medicazioni	stesura dell'istruzione operativa ed elaborazione dello strumento di gestione delle medicazioni	entro il 31.12	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Direzione delle professioni sanitarie
442	rapporti con gli enti di formazione per gli OSS	(definizione degli accessi e delle date di accesso assegnazione degli studenti alle strutture, definizione i rischi lavorativi e gestione dei rapporti con la sorveglianza sanitaria)	evidenza della realizzazione delle attività previste nell'indicatore	relazione della direzione delle professioni sanitarie validata dal direttore sanitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Direzione delle professioni sanitarie
443	rapporti con le università per i corsi di laurea triennali delle professioni sanitarie	(definizione degli accessi e delle date di accesso assegnazione degli studenti alle strutture, definizione i rischi lavorativi e gestione dei rapporti con la sorveglianza sanitaria)	evidenza della realizzazione delle attività previste nell'indicatore	relazione della direzione delle professioni sanitarie validata dal direttore sanitario	<input type="checkbox"/>	20%	5%	<input type="checkbox"/>	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Direzione delle professioni sanitarie
444	Percorso di tirocinio per gli studenti della laurea magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche	Definizione degli obiettivi e percorso di tirocinio per un massimo di due studenti	Completamento percorso di tirocinio e valutazione raggiungimento obiettivi entro il 31.12	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Direzione delle professioni sanitarie
445	Promuovere la formazione del personale infermieristico all'Evidence Based Practice	Progettazione evento formativo per la consultazione delle banche dati 2. Gruppo miglioramento nursing journal club	evidenza dell'erogazione dell'evento formativo consultazione banche dati 2. evidenza dell'attuazione percorso di miglioramento nursing journal club (incontri)	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Direzione delle professioni sanitarie
446	Supporto al personale infermieristico per la stesura di abstract da presentare a conferenze nazionali/internazionali, produzione di articoli scientifici	Strutturazione abstract e invio a conferenze nazionali/internazionali	Submission abstract a conferenze nazionali/internazionali (almeno due)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Direzione delle professioni sanitarie

447

Partecipazione Working Group IRCCS Oncologici promossa dall'Associazione Italiana Infermieri Area Oncologica (AIIAO)

Fornire contributi a progetti formativi o di ricerca nell'ambito degli incontri programmati

evidenza della partecipazione agli incontri

Il risultato viene valutato come segue:
se il risultato è sì = 100%
se il risultato è no = 0%

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----	--------------------------	--------------------------

SOSD Direzione delle professioni sanitarie

P - gestione risorse umane

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
431 gestire le ferie	1. stesura del piano ferie annuale della struttura 2. n. giorni di ferie	1. invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il mese di luglio 2. fruizione di un numero di giorni di ferie pari almeno al totale maturato nell'anno corrente da parte del personale dirigente della struttura	1. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% 2. la valutazione è effettuata a livello di struttura operativa complessiva e la percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo < 50% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei target	<input type="checkbox"/>	5%	5%	<input type="checkbox"/>	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sosd controllo di gestione

S - Progetti di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
433 Progetti di accreditamento	Accreditamento istituzionale regione FVG: collaborare alla revisione delle procedure operative oggetto di valutazione Accredimento OECl: Collaborare alla costruzione del cruscotto di indicatori aziendale	è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro per: - la revisione della documentazione non clinica, a partire da quella oggetto di valutazione nell'ambito del programma di accreditamento istituzionale regionale -la progettazione e implementazione del cruscotto di indicatori di qualità e rischio clinico previsto tra i requisiti del programma di accreditamento OECl	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	5%	5%	<input type="checkbox"/>	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria

V - Progettualità rischio clinico

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
440											
Prevenzione delle infezioni ospedaliere	1. stesura dell'istruzione operativa condivisa per la gestione della ritenzione urinaria post intervento 2. formazione del personale 3. applicazione dell'istruzione operativa (10 pazienti)	1. entro il 31.07 2. entro il 30.09 3. entro 31.12	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Direzione delle professioni sanitarie
Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR				<input type="checkbox"/>	100%	100%	<input type="checkbox"/>	100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SCHEDA DI BUDGET 2023 - SOSD FARMACIA

E - Attività di chemioterapia infusionale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
424 programmazione dell'attività di chemioterapia da parte delle strutture cliniche e della farmacia in rapporto alle risorse disponibili	1. definizione e adozione del documento di programmazione dell'attività di chemioterapia in collaborazione con le strutture OMTI, OMP, TCAD e farmacia 2. applicazione della programmazione definita	1. entro il 31.07.2023 2. evidenza dell'applicazione della programmazione nel periodo settembre-dicembre	1.2. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target.	15%	10%						Direzione Sanitaria

G - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
313 Registro AIFA	1. monitoraggio dell'inserimento da parte delle strutture delle informazioni nel registro AIFA dei farmaci innovativi regionali ed extra-regionali 2. verifica dei report trimestrali AIFA farmaci innovativi inviati dalla DCS in collaborazione con la SOSD controllo di gestione 3. monitoraggio a campione dell'inserimento delle informazioni nel registro aifa per i farmaci soggetto a monitoraggio (esclusi innovativi)	1. predisposizione di almeno due report di monitoraggio per struttura operativa e trasmissione dei risultati alle strutture operative 2. rispetto delle scadenze DCS 3. predisposizione di almeno un report di monitoraggio per struttura operativa e trasmissione dei risultati alle strutture operative	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei singoli target	10%	15%						SOSD farmacia
316 monitoraggio linea progettuale assistenza farmaceutica per la parte di competenza della struttura	invio report di monitoraggio	entro i termini previsti per i rendiconti economici trimestrali come da richieste della SOSD controllo di gestione	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0	10%	10%						SOSD controllo di gestione

317	Contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva	predisposizione di report di sintesi semestrale e annuale che evidenziano:- gli obiettivi assegnati, risultati attesi, indicatori di processo e di risultato;- le azioni intraprese con particolare riferimento ai risultati raggiunti in termini di migliora	1. report primo semestre entro il 10.09 2. report secondo semestre e annuale entro il 28.02.2024	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei singoli target	5%	10%			10%		30%	SOSD controllo di gestione
------------	----------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	-----	--	--	-----	--	-----	----------------------------

318	Distribuzione diretta (DD) dei medicinali	Coerentemente con le modalità organizzative conseguenti al persistere della pandemia da Covid19, gli Enti del SSR garantiscono azioni finalizzate ad ottimizzare le prestazioni di distribuzione diretta dei medicinali e ricadute economiche positive sul SSR	1. report primo semestre entro il 10.09 2. report annuale entro il 28.02.2024 da cui si evincano le azioni, gli esiti ed i monitoraggi svolti nell'ambito della distribuzione diretta, integrati da tabelle di sintesi (come da schema della DCS)	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei singoli target	5%	10%			15%		30%	SOSD controllo di gestione
------------	--------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	-----	--	--	-----	--	-----	----------------------------

321	Contenimento spesa farmaceutica - Biosimilari	Nell'ambito delle categorie di medicinali di cui è disponibile l'alternativa biosimile, gli Enti favoriscono l'impiego delle specialità che garantiscono l'efficienza del SSR.	1. report primo semestre entro il 10.09 2. report annuale entro il 28.02.2024 con evidenza delle aree di maggior necessità di intervento, dei percorsi attivati con i prescrittori e delle ricadute per il SSR in termini di miglioramento nelle % di impiego	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei singoli target	5%	5%			5%			controllo di gestione
------------	------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----	----	--	--	----	--	--	-----------------------

322	monitoraggio del consumo di dispositivi medici per struttura operativa in collaborazione con la SOSD controllo di gestione	monitoraggio trimestrale a partire dal II trimestre, con evidenza delle variazioni incrementali	evidenza dei report trimestrali in tempo utile per i rendiconti economici trimestrali	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%			5%			controllo di gestione
------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	----	----	--	--	----	--	--	-----------------------

N - Progettualità aziendali

	OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
					responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)	Coll. Ric. (D)	
312	Gruppi multidisciplinari	favorire la partecipazione ai GAMO dei propri collaboratori secondo gli standard definiti nei singoli regolamenti	evidenza della partecipazione (monitoraggio semestrale della direzione sanitaria)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	5%							Direzione Sanitaria
314	Attività di sperimentazione clinica	1. collaborare con il CTO per l'avvio e la programmazione dell'attività; 2. predisposizione di relazioni sullo stato di attuazione e rendicontazione della convenzione con lo IOV per l'allestimento delle preparazioni antiblastiche sperimentali dell'Istituto	1. evidenza della programmazione dell'attività in collaborazione con CTO 2. almeno 2	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei target	20%	15%			20%		35%	SOSD farmacia

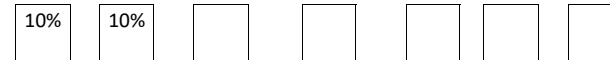
315

Elaborazione dati file F e farmaci innovativi extra-regionali

1. elaborazione del flusso dati anno 2022 da caricare nel file f in collaborazione con la SOSD controllo di gestione
2. elaborazione report per fatturazione farmaci innovativi anno 2022 in collaborazione con la SOSD controllo di gestione

**1. entro il termine stabilito dalla DCS
2. entro il 31 luglio**

I risultati vengono valutati come segue:
se il risultato è sì = 100%
se il risultato è no = 0%
L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei singoli target



SOSD controllo di gestione

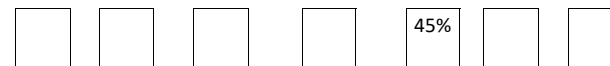
428

implementazione controlli microbiologici in Unità Farmaci Antiblastici e supporto alla gestione dei controlli ambientali e strumentali.

1. gestione logistica dei materiali necessari all' implementazione dei controlli microbiologici in Unità farmaci Antiblastici;
2. esecuzione controlli e registrazione dei risultati;
3. supporto per eventuali azioni correttive;
4. gestione dati e comunicazioni dei controlli ambientali e strumentali

almeno 4 controlli microbiologici su superfici a cadenza trimestrale

Il risultato viene valutato come segue:
se il risultato è sì = 100%
se il risultato è no = 0%



Direzione Sanitaria

P - gestione risorse umane

OBIETTIVO

INDICATORI/ATTIVITA'

TARGET

CRITERI VALUTAZIONE

PESI INCENTIVAZIONE

RESPONSABILE MONITORAGGIO

responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)	Coll. Ric. (D)
--------------	-----------	-----------------------	----------------------------	----------	----------------	----------------

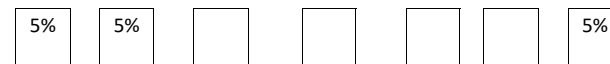
320

gestire le ferie

1. stesura del piano ferie annuale della struttura
2. n. giorni di ferie

**1. invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il mese di luglio
2. fruizione di un numero di giorni di ferie pari almeno al totale maturato nell'anno corrente da parte del personale dirigente della struttura**

1. Il risultato viene valutato come segue:
se il risultato è sì = 100%
se il risultato è no = 0%
2. la valutazione è effettuata a livello di struttura operativa complessiva e la percentuale di raggiungimento viene valutata come segue:
≥ 95% = 100%
≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo
<50% = 0%.
L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target



SOSD Controllo di Gestione

S - Progetti di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
311											
Progetti di accreditamento	Accreditamento istituzionale regione FVG: collaborare alla revisione delle procedure operative oggetto di valutazione Accredimento OECl: Collaborare alla costruzione del cruscotto di indicatori aziendale	è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro per: - la revisione della documentazione non clinica, a partire da quella oggetto di valutazione nell'ambito del programma di accreditamento istituzionale regionale -la progettazione e implementazione del cruscotto di indicatori di qualità e rischio clinico previsto tra i requisiti del programma di accreditamento OECl	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Direzione Sanitaria
Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR				<input type="text" value="100%"/>	<input type="text" value="100%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="100%"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="100%"/>	

SCHEDA DI BUDGET 2023 - SOSD PSICOLOGIA ONCOLOGICA

F - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
509 Mantenimento produzione scientifica: Impact Factor	1. Impact factor grezzo frazionato anno 2023 relativo agli articoli pubblicati 2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2023 relativo agli articoli pubblicati	1. > media impact factor grezzo frazionato 2020-2022 relativo agli articoli pubblicati 2. > media impact factor normalizzato frazionato 2020-2022 relativo agli articoli pubblicati	Ai singoli target viene riconosciuta una franchigia del 30% entro la quale i valori registrati vengono valutati raggiunti al 100%; al di sotto della franchigia i target non sono raggiunti. Il primo target pesa per il 60% mentre il secondo target pesa per il 40%	5%	5%						Biblioteca Scientifica
510 Mantenimento produzione scientifica: Numero pubblicazioni	1. Numero delle pubblicazioni anno 2023 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 2. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 3 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	1. > media numero pubblicazioni anni 2020-2022 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 2. Almeno 1	Al primo target viene riconosciuta una franchigia del 30% entro la quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%; al di sotto della franchigia il target non è raggiunto. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target	5%	5%						Biblioteca Scientifica

G - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
511 Linee progettuali regionali 1.6 - Rete HPH	partecipazione alla attività regionali per la parte di propria competenza	è garantita la partecipazione richiesta: monitoraggi al 30.09 e al 31.12 sulle attività effettuate: invio report alla SOSD controllo di gestione	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	10%						direzione sanitaria

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
505 Gruppi multidisciplinari	favorire la partecipazione ai GAMO dei propri collaboratori secondo gli standard definiti nei singoli regolamenti	evidenza della partecipazione (monitoraggio semestrale della direzione sanitaria)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%							Direzione Sanitaria

506	Attività di supporto psicologico al personale dipendente	report sull'attività svolta (numero accessi allo sportello)	invio report alla direzione sanitaria entro il mese di dicembre	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="15%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Direzione Sanitaria
------------	-----------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---------------------

507	Supporto ai pazienti e alle loro famiglie	relazione dettagliata sull'attività svolta	invio relazione alla direzione sanitaria entro il mese di dicembre	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="45%"/>	<input type="text" value="70%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Direzione Sanitaria
------------	--------------------------------------------------	--------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---------------------

P - gestione risorse umane

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)	Coll. Ric. (D)	
508 gestire le ferie	1. stesura del piano ferie annuale della struttura 2. n. giorni di ferie	1. invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il mese di luglio 2. fruizione di un numero di giorni di ferie pari almeno al totale maturato nell'anno corrente da parte del personale dirigente della struttura	1. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% 2. la valutazione è effettuata a livello di struttura operativa complessiva e la percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo < 50% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei target	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD Controllo di Gestione

S - Progetti di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)	Coll. Ric. (D)	
503 Progetti di accreditamento	Accreditamento istituzionale regione FVG: collaborare alla revisione delle procedure operative oggetto di valutazione Accreditemento OECl: Collaborare alla costruzione del cruscotto di indicatori aziendale	è garantita la partecipazione ai tavoli di lavoro per: - la revisione della documentazione non clinica, a partire da quella oggetto di valutazione nell'ambito del programma di accreditamento istituzionale regionale - la progettazione e implementazione del cruscotto di indicatori di qualità e rischio clinico previsto tra i requisiti del programma di accreditamento OECl	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Direzione Sanitaria

Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR

<input type="text" value="100%"/>	<input type="text" value="100%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

SCHEDA DI BUDGET 2023 - DIREZIONE SCIENTIFICA: SEGRETERIA SCIENTIFICA E UFFICI DI STAFF

M - Trasparenza e anticorruzione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
456 Mappatura dei processi e valutazione dei rischi di corruzione	predisposizione mappatura	trasmissione al RPCT del documento predisposto entro 31.12.2023	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10%	<input type="checkbox"/>	10%	RPCT

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
451 Piattaforma informatica: Realizzare almeno un evento formativo accreditato inerente temi di informatica nella ricerca clinica-traslazionale	Attestato di realizzazione da parte del centro attività formative di almeno n.1 evento pertinente	entro il mese di dicembre	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10%	<input type="checkbox"/>	10%	direzione scientifica
453 Trasferimento tecnologico: partecipazione a programma europeo competitivo per progetti di trasferimento di conoscenze e innovazione sanitaria	presentazione di proposta progettuale a call 2023 del programma UE denominato Procure4Health	entro 30.06.2023	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10%	<input type="checkbox"/>	10%	direzione scientifica
455 Realizzare il "Piano di Uguaglianza di Genere" (Gender Equality Plan) necessario per partecipare ai bandi PNRR e HorizonEurope della Commissione Europea	Redazione del "Piano di Uguaglianza di Genere"(Gender Equality Plan) in collaborazione con laDipartimento della Gestione Amministrativa, SOC Legale, Affari Generali e Gestione Risorse Umane Politiche del Personale e altre strutture coinvolte	entro il 31/12/2023	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10%	<input type="checkbox"/>	10%	direzione scientifica

S - Progetti di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
450 Accreditamento: Coordinare la visita OECI per il riconoscimento dello status di Comprehensive Cancer Center	Nota di OECI che attesti l'avvenuta visita	entro il mese di giugno	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10%	<input type="checkbox"/>	10%	direzione scientifica

T - Adempimenti normativi - Riforma IRCCS

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
452 Riforma IRCCS: Collaborare alla stesura dei documenti previsti dalla norma	Deliberazioni e lettere di trasmissione al Ministero e alla Regione	entro le scadenze previste: 31/03/2023, 30/04/2023, 30/06/2023 e 31/08/2023	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30%	<input type="checkbox"/>	30%	direzione scientifica

Z - Progetti PNRR

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
454 Garantire gli adempimenti previsti dai progetti finanziati dal Ministero della Salute nell'ambito del Piano di Ripresa e Resilienza - PNRR	1. Progetti selezionati e presentati; 2. Coordinamento dell'intero processo di presentazione, gestione, e rendicontazione dei progetti nel rispetto delle scadenze stabilite	evidenza della realizzazione degli indicatori	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20%	<input type="checkbox"/>	20%	direzione scientifica
Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%	<input type="checkbox"/>	100%	

SCHEDA DI BUDGET 2023 - DIREZIONE SCIENTIFICA: UFFICIO CLINICAL TRIAL

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
465 rendicontazione ministeriale studi	inserimento dei nuovi studi non farmacologici con promotore l'Istituto e approvati da CET sono caricati nel database per richiesta codice identificativo univoco	100% degli studi sono caricati nella piattaforma	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20%	30%	direzione scientifica
466 progettazione studi spontanei	supporto PI nella definizione disegno dello studio, stesura protocollo, analisi fattibilità, calcolo statistico, definizione dei costi	nr richieste consulenze evase/totale richieste consulenze accettate nel corso dell'anno deve essere ≥80%	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	70%	30%	direzione scientifica

y - Adempimenti normativi

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
464 Applicazione Regolamento UE 2014/536	inserimento dei nuovi studi farmacologici interventistici con promotore l'Istituto nella piattaforma (ad esclusione degli studi pediatrici)	100% degli studi sono caricati nella piattaforma	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10%	40%	direzione scientifica
Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%	100%	

SCHEDA DI BUDGET 2023 - DIREZIONE SCIENTIFICA: SERVIZIO BIBLIOTECA

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
458 Produzione scientifica (pubblicazioni) del CRO	Monitoraggio e produzione dei report utili alla valutazione di budget 2022	invio report al controllo di gestione entro il mese di giugno	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20%	<input type="checkbox"/>	20%	controllo di gestione

y - Adempimenti normativi

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
457 Ricerca Corrente: rendicontazione delle pubblicazioni scientifiche secondo le nuove istruzioni del Ministero della Salute	Caricamento delle informazioni nel Workflow della Ricerca entro il termine previsto	entro il 28/02/2023	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	80%	<input type="checkbox"/>	80%	direzione scientifica
Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%	<input type="checkbox"/>	100%	

SCHEDA DI BUDGET 2023 - SOC EPIDEMIOLOGIA ONCOLOGICA

F - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
470 Mantenimento produzione scientifica: Impact Factor	1. Impact factor grezzo frazionato anno 2023 relativo agli articoli pubblicati 2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2023 relativo agli articoli pubblicati	1. > media impact factor grezzo frazionato 2020-2022 relativo agli articoli pubblicati 2. > media impact factor normalizzato frazionato 2020-2022 relativo agli articoli pubblicati	Ai singoli target viene riconosciuta una franchigia del 30% entro la quale i valori registrati vengono valutati raggiunti al 100%; al di sotto della franchigia i target non sono raggiunti. Il primo target pesa per il 60% mentre il secondo target pesa per il 40%	50%	50%			40%	50%	35%	Direzione Scientifica

G - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
471 Registrazione dei tumori in Friuli Venezia Giulia	Aggiornamento al 2021 delle nuove incidenze	Produzione report per direzioni strategiche CRO con numero di nuove diagnosi esaminate entro 31.12.2023	Evidenza del report in forma cartacea e sua trasmissione alle direzioni strategiche CRO entro il 31 12 2023	20%	35%			40%	30%	45%	Direzione Scientifica
472 Piano regionale della prevenzione	Collaborare al Gruppo di Lavoro regionale	Report al 30.06.2023 e 31.12.2023 alla Direzione Sanitaria sulle attività svolte	Il risultato viene valutato come segue: e il risultato è si = 100%; se il risultato è no = 0%	5%							Direzione Scientifica

N - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE						RESPONSABILE MONITORAGGIO	
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)		Coll. Ric. (D)
476 garantire la collaborazione con le Direzioni strategiche dell'Istituto all'elaborazione dei dati clinici di attività	evasione delle richieste delle direzioni	evasione del 100% delle richieste	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100%; se il risultato è no = 0%	10%	10%				15%	15%	Direzione Sanitaria

P - gestione risorse umane

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)	Coll. Ric. (D)	
473 Gestione orario di lavoro e piano ferie	Controllo mensile su orario di lavoro e ferie coerente con le indicazioni delle direzioni	Report al 30.09.2023 e 31.12.2023 al direttote della SOC Epidemiologia Oncologica	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100%; se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direzione Scientifica
474 gestire le ferie	1. stesura del piano ferie annuale della struttura 2. n. giorni di ferie	1. invio del piano ferie annuale alla direzione sanitaria entro il mese di luglio 2. fruizione di un numero di giorni di ferie pari almeno al totale maturato nell'anno corrente da parte del personale dirigente della struttura	1. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0% 2. la valutazione è effettuata a livello di struttura operativa complessiva e la percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo < 50% = 0%. L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei target	5%	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5%	5%	SOSD Controllo di Gestione

S - Progetti di accreditamento/certificazione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE							RESPONSABILE MONITORAGGIO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	incarichi di coordinamento	comparto	Ric. san. (DS)	Coll. Ric. (D)	
475 Regolamento aziendale sul divieto di fumo	garantire tutte le attività per l'attuazione del regolamento sul divieto di fumo	il regolamento è attivo	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100%; se il risultato è no = 0%	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direzione Sanitaria
Gli obiettivi e i pesi in termini di incentivazione potranno essere modificati a seguito della DGR sulle RAR				100%	100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%	100%	100%	

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: RAFFAELLA CATTARUZZA

CODICE FISCALE: CTTRFL70L64A5160

DATA FIRMA: 07/07/2023 14:36:20

IMPRONTA: 4442C55622E28A1BDEA22AA240B896E3D76E4C201A96C0C2FDEEC5F5105E465C
D76E4C201A96C0C2FDEEC5F5105E465CDA3A6B391C3C4DFC779B4EB254B5B33E
DA3A6B391C3C4DFC779B4EB254B5B33E693A138C4D856C36D0630CA68FAABF46
693A138C4D856C36D0630CA68FAABF46DF8B3422035943B9F74F29C9911262BB

NOME: CLAUDIA MOSCARDA

CODICE FISCALE: MSCCLD79E56L736V

DATA FIRMA: 07/07/2023 16:38:54

IMPRONTA: 4577C95BD2BF1045F69C69589AE153950AC64BE18B4D06954EAC51D29B8F0EE1
0AC64BE18B4D06954EAC51D29B8F0EE1EAF0DD6739E6552658E7DEC29B506DE3
EAF0DD6739E6552658E7DEC29B506DE3AC149BFEA8DB913A03FF331E56FD0E7F
AC149BFEA8DB913A03FF331E56FD0E7F69B201B7CE02456A6D1DDC230E1E3883

NOME: NELSO TRUA

CODICE FISCALE: TRUNLS68E13C352L

DATA FIRMA: 07/07/2023 16:43:13

IMPRONTA: 63F4BBA04998474A8096F27926E90A232DA56E41A9A40A74F8B241AC63784524
2DA56E41A9A40A74F8B241AC63784524E9CDACB38C864A968FE859DD3D3F0645
E9CDACB38C864A968FE859DD3D3F064515ED037AD578F2A4C93575161B7E550A
15ED037AD578F2A4C93575161B7E550AAC205E37B6458EC07E81013D05389832

NOME: SILVIA FRANCESCHI

CODICE FISCALE: FRNSLV55B49F205D

DATA FIRMA: 07/07/2023 16:46:33

IMPRONTA: 5FBAC33EB5F97035BA0A59D9731E19C1BB9F845B20E648F1B9CA41C64341A192
BB9F845B20E648F1B9CA41C64341A1920B5567DAD33CF3115EC04253FC7F8580
0B5567DAD33CF3115EC04253FC7F8580A33EF7C38B6371F5CBA1A2E3260074B7
A33EF7C38B6371F5CBA1A2E3260074B7953FDB39723F4C286320988F36CF04C1

NOME: CRISTINA ZAVAGNO

CODICE FISCALE: ZVGCST68P69Z401X

DATA FIRMA: 07/07/2023 16:50:08

IMPRONTA: 39DE0E9F98AF88F6B4B75CFBABFE6DDC0497148894183C80C4AA1D912117E6F8
0497148894183C80C4AA1D912117E6F8F81D667493B15D9328E4A168A7345A28
F81D667493B15D9328E4A168A7345A28AC5333F1B2E66863F30231EA821BA8AB
AC5333F1B2E66863F30231EA821BA8AB3C8C1F0146A6FBA8B9BC186D99DB9E17

NOME: "FRANCESCA TOSOLINI"

CODICE FISCALE: TSLFNC68M54L483X

DATA FIRMA: 07/07/2023 16:56:56

IMPRONTA: 37C0D39CB8219375FF85FEF7C162AB795E246E197019912BF9F7B60F32C62DED
5E246E197019912BF9F7B60F32C62DEDEC556B29DA5FE2F026CCA75EB41E1AAD
EC556B29DA5FE2F026CCA75EB41E1AAD01E5B015294CDE070CD3B182EBDBC254
01E5B015294CDE070CD3B182EBDBC254137B8B03345E72D5331E21ABCA0062A1