

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° **364** DEL **16/09/2021**

OGGETTO

APPROVAZIONE BUDGET 2021

*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 2021**

Il Direttore Amministrativo,

Premesso che 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;

Viste le deliberazioni di Giunta Regionale n. 144 del 05 febbraio 2021 e n. 189 del 12 febbraio 2021 che approvano rispettivamente in via preliminare e definitiva il documento “Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nel 2021” nel quale sono definiti:

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

Richiamata la deliberazione del Direttore Generale n. 125 del 14 aprile 2021 con la quale è stato adottato il “Programma annuale e Bilancio preventivo 2021”;

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 2021, 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;

Preso atto che in data 26 marzo 2021 sono stati presentati all’OIV il documento recante le “Linee guida per il budget 2021” con il quale sono stati individuati i centri di responsabilità, le modalità, le progettualità e i soggetti coinvolti nelle fasi del processo di budget (Allegato 1) e l’albero della performance che riporta gli obiettivi strategici, gli obiettivi operativi e le strutture coinvolte;

Precisato che nel mese di giugno si sono svolte le riunioni di negoziazione di budget delle Strutture Operative dei Dipartimenti coerenti con le finalità contenute nella programmazione aziendale 2021;

Tenuto conto che successivamente nel periodo luglio-agosto sono stati definiti gli obiettivi delle strutture/uffici delle direzioni;

Considerato che gli obiettivi/progetti contenuti nelle schede di budget sono coerenti con le finalità contenute nella programmazione aziendale 2021;

Rilevato che tutte le schede di budget sono state trasmesse ai vari responsabili di budget con invito a diffondere il contenuto a tutti i propri collaboratori;

Precisato che nel corso dell'esercizio saranno organizzati incontri tra la direzione e i responsabili di budget per l'analisi dei risultati infrannuali e degli scostamenti rispetto al budget assegnato;

Tutto ciò premesso si propone di provvedere in ordine a quanto segue:

1. di approvare il documento "Linee guida per il budget 2021" (All. 1);
2. di prendere atto della conclusione del percorso di definizione degli obiettivi di budget 2021 e di approvare le schede di budget (All. 2).

## **IL DIRETTORE GENERALE**

Vista l'attestazione da parte del Direttore Amministrativo, 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. 17.12.2018, n. 27 "Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale.";

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 f.f., Dott.ssa Silvia Franceschi**

## **DELIBERA**

per le ragioni in premessa specificate, che qui si intendono tutte confermate e costituenti parte integrante e sostanziale anche del dispositivo:

1. di approvare il documento “Linee guida per il budget 2021” (All. 1);
2. di prendere atto della conclusione del percorso di definizione degli obiettivi di budget 2021 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: 16/09/2021 15:59:04  
IMPRONTA: 797EE8D5723CE5679D563B9B469D65A0CE8713F709F75B0AC962708BDB960818  
CE8713F709F75B0AC962708BDB96081830E7CB807B9F72D6F0BEFA5D5F0FEC6B  
30E7CB807B9F72D6F0BEFA5D5F0FEC6BA275682299FCCE5C956A3E82502D53AB  
A275682299FCCE5C956A3E82502D53AB301BAFD102C49D42908AD83234F8EE42

NOME: LORENA BASSO  
CODICE FISCALE: BSSLRN70L63I403Q  
DATA FIRMA: 16/09/2021 16:30:56  
IMPRONTA: 7C2144A23F51B4E5F3B4DCCBB58BDAA73F567A47F75D768E8BB29CA7D98D62D1  
3F567A47F75D768E8BB29CA7D98D62D1C9A72794CB72ED1CC42F4838B970E7E4  
C9A72794CB72ED1CC42F4838B970E7E43C89BD86F89549BB554571EDAF048320  
3C89BD86F89549BB554571EDAF048320FC68D713732EF3A5E017DFCBB053C212

NOME: CRISTINA ZAVAGNO  
CODICE FISCALE: ZVGCST68P69Z401X  
DATA FIRMA: 16/09/2021 16:39:59  
IMPRONTA: 6C6D0FDD791C83E6F7CB5CFB065ED4FA725C6B87133C4BEDFB140AE6C9336C76  
725C6B87133C4BEDFB140AE6C9336C767C37487C9F970E1491AC1BC4DE38882A  
7C37487C9F970E1491AC1BC4DE38882A7269F24C7EBF54C5A873A2A87EEAF4A1  
7269F24C7EBF54C5A873A2A87EEAF4A13E553F2699BAC606AA0B5A65C73E1FD2

NOME: SILVIA FRANCESCHI  
CODICE FISCALE: FRNSLV55B49F205D  
DATA FIRMA: 16/09/2021 16:45:12  
IMPRONTA: A8CE3B652824BA9F5BE6F3BB43F8118AE943A6872045ACAC053D8869CA9F3129  
E943A6872045ACAC053D8869CA9F31295204962A798B1337DE495B18CE92FC91  
5204962A798B1337DE495B18CE92FC914D667FA3B8D7F19CAB2FC98B462ADF3F  
4D667FA3B8D7F19CAB2FC98B462ADF3F74F92A57CA2BAD4E157E6DA235BD4377

NOME: NELSO TRUA  
CODICE FISCALE: TRUNLS68E13C352L  
DATA FIRMA: 16/09/2021 18:03:19  
IMPRONTA: 261628E5877B34EF7EA5A08901F18F2CAD6B785EEB7C5100E0BFC99A55D435F0  
AD6B785EEB7C5100E0BFC99A55D435F0D45F4BD08E7D2A1FF5AA7C4EB5643BF7  
D45F4BD08E7D2A1FF5AA7C4EB5643BF7AA9763C9A4B19670B2555A21D118A112  
AA9763C9A4B19670B2555A21D118A112D71D80CB3718FD7D84F1F7737F20A1E3

NOME: "FRANCESCA TOSOLINI"  
CODICE FISCALE: TSLFNC68M54L483X  
DATA FIRMA: 16/09/2021 18:08:35  
IMPRONTA: 19F4BDB49B81A0CA327DF146C085F34B98953783946569619AF3D6AAD3EA35DA  
98953783946569619AF3D6AAD3EA35DA52893D706E31FC235EB893E4F22FD03E  
52893D706E31FC235EB893E4F22FD03E6B1C72668F0BD8A9F88BEC5B9F6CE7AF  
6B1C72668F0BD8A9F88BEC5B9F6CE7AFA0E0A5042D020A43B585F99B2A6E50C4

## Linee guida per il budget 2021

### Sommario

Premessa .....	1
Caratteristiche dell'azienda.....	1
Normativa di riferimento.....	2
Performance organizzativa.....	3
Valutazione degli obiettivi della performance organizzativa .....	6
La performance individuale.....	7
Sistema di incentivazione .....	8

## Premessa

Il presente documento ha lo scopo di esplicitare la strategia aziendale e di comunicare il percorso di lavoro da seguire nella formulazione del budget in termini di contenuti, modalità e soggetti coinvolti.

Il processo di programmazione e controllo delle aziende sanitarie del Friuli Venezia Giulia è disciplinato dalla 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.

## Caratteristiche dell’azienda

Il Centro di Riferimento Oncologico (CRO) di Aviano è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) ed è classificato come ospedale di alta specializzazione e di rilievo nazionale per l’Oncologia.

L’Istituto è dotato di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, il cui assetto istituzionale, organizzativo e gestionale è disciplinato dalla L.R. 14/2006 in attuazione del D.Lgs di riordino degli IRCCS n. 288/2003 e dalle altre leggi nazionali e regionali in materia di finanziamento, contabilità e organizzazione delle aziende sanitarie.

Il CRO di Aviano è dedicato allo sviluppo dell’eccellenza nella prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie oncologiche attraverso la presa in carico multidisciplinare e integrata del paziente, la ricerca clinica, preclinica e traslazionale, l’alta formazione, gli interventi di empowerment dei pazienti.

## Normativa di riferimento

I riferimenti normativi per la programmazione annuale sono rappresentati da:

- L.R. n. 22 del 12 dicembre 2019 recante “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” e ss.mm.e.ii;
- DGR n. 189 del 12 febbraio 2021 di approvazione delle “Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale - anno 2021. Approvazione definitiva”;
- DGR n. 371 del 12 marzo 2021 di definizione del percorso di approvazione atto aziendale e modifica linee annuali per la gestione del SSR anno 2021;
- Piano ARCS di riorganizzazione dei posti letto ospedalieri e distrettuali;
- DPCM 12 gennaio 2017 - Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- D. Lgs. n. 150 del 27.10.2009 “Attuazione della legge 4 marzo n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficacia e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”;
- Programma nazionale esiti - PNE;
- Sistema di Valutazione della Performance dei Sistemi Sanitari Regionali – Fonte indicatori bersaglio;
- Indicatori per il riconoscimento del finanziamento della ricerca corrente;
- PNGLA 2019-2021;
- DGR 1815 del 25 ottobre 2019 di approvazione del piano regionale di governo delle liste di attesa 2019-2021;
- Programma annuale aziendale 2021

Le Linee regionali per la gestione del SSR definiscono gli obiettivi ed i relativi risultati attesi di pertinenza delle varie aziende sanitarie articolandoli per area tematica, nonché le risorse complessivamente disponibili del SSR e le regole/vincoli gestionali.

Nello stesso documento sono riportati, nell’ambito delle misure complessive di contenimento dei costi, i vincoli operativi e le indicazioni che devono essere rispettati dall’Istituto e che per il 2021 sono rappresentati da:

- spesa farmaceutica ospedaliera: contenimento del valore aziendale anno 2020 per i farmaci onco-ematologici e riduzione del 3% del costo 2020 degli altri farmaci ospedalieri;
- riduzione del 3% del costo dei dispositivi medici anno 2020;



- contenimento del costo delle manutenzioni ordinarie edili impiantistiche al valore di chiusura 2015;
- proseguimento delle azioni per il rispetto della normativa di spending review;
- ricorso all'istituto di acquisto di prestazioni per il personale della dirigenza e per il personale del comparto (infermieri, tecnici sanitari di radiologia medica) a condizione che sia stato previamente utilizzato ogni altro Istituto contrattuale disponibile (es. straordinario, pronta disponibilità,...).

## Performance organizzativa

### *Processo di budget*

La programmazione annuale aziendale attraverso lo strumento del budget fa propri e persegue gli obiettivi/vincoli definiti dalla programmazione regionale e nazionale, assicurandone il conseguimento attraverso la declinazione degli stessi in obiettivi operativi da misurarsi attraverso appositi indicatori. Lo strumento di budget in termini di contenuti non si esaurisce però con quanto disposto a livello regionale e nazionale ma individua ulteriori obiettivi strategici aziendali.

La proposta a livello aziendale di obiettivi di budget 2021 è rappresentata dall'albero delle performance che riporta gli obiettivi strategici, gli obiettivi operativi e le strutture coinvolte.

La situazione pandemica, ancora non superata, rappresenta un elemento di incertezza rispetto all'attuazione della programmazione aziendale che potrebbe richiedere in corso d'anno una revisione in funzione del quadro epidemiologico.

Nelle schede di budget delle varie strutture operative verranno individuati e assegnati alcuni di questi obiettivi ritenuti prioritari per l'anno 2021. Per ciascun obiettivo operativo verranno individuati precisi indicatori, target, criteri di valutazione, sistemi di incentivazione (retribuzione di risultato/incentivazione, RAR, quota di produttività strategica ecc.) e referenti responsabili del monitoraggio. A partire dagli obiettivi presenti nella scheda di budget, i responsabili di struttura dovranno identificare l'apporto individuale dei propri collaboratori (dirigenti) alla realizzazione degli obiettivi di budget e individuare per ogni collaboratore alcuni obiettivi misurabili da correlare alla performance individuale.

Sarà compito della SOSD controllo di gestione supportare l'intero percorso, garantendo il supporto tecnico al sistema di monitoraggio e valutazione.

Il direttore generale avvia il percorso di budget attraverso il quale viene esplicitata l'evoluzione definitiva della programmazione aziendale. Il percorso è seguito in tutte le sue fasi dal comitato di budget costituito dalle seguenti figure professionali:

- direttore generale;
- direttore sanitario o suo sostituto;

- direttore scientifico o suo sostituto;
- direttore amministrativo o suo sostituto;
- responsabile della SOSD delle professioni sanitarie;
- responsabile della SOSD Farmacia;
- responsabile della SOSD Controllo di Gestione.

Il processo di budget è articolato per centri di responsabilità di attività ai quali compete l'efficace perseguimento degli obiettivi sanitari, assistenziali o di supporto assegnati e per centri di responsabilità di risorsa ai quali compete la gestione complessiva di un'intera categoria di risorse utilizzate da più centri di attività (quali personale, beni, servizi ecc.).

Per l'anno 2021 i centri di responsabilità di attività sono le strutture operative complesse, le strutture semplici dipartimentali e gli uffici di staff delle direzioni:

#### elenco centro di responsabilità

	dirigenza	Comparto
<b>Dipartimento di Oncologia Medica</b>		
SOC Oncologia Medica e dei Tumori Immunocorrelati	X	
SOC Oncologia Medica e Prevenzione Oncologica	X	
SOC Gastroenterologia Oncologica Sperimentale	X	
SOSD Psicologia Oncologica	X	
SOSD Oncoematologia Trapianti Emopoietici e Terapie Cellulari	X	
Comparto – Dipartimento di Oncologia Medica		X
<b>Dipartimento di Oncologia Chirurgica</b>		
SOC Chirurgia Oncologica Generale con indirizzo su sarcomi, tumori rari e multi-viscerali	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
<b>Dipartimento della Ricerca e della Diagnostica avanzata dei Tumori</b>		
SOC Oncogenetica e Oncogenomica funzionale	X	
SOC Oncol. Molecolare e Modelli Preclin. di Progress. Tumorale	X	
SOC Farmacologia Sperimentale e Clinica	X	
SOC Immunopatologia e Biomarcatori Oncologici	X	
SOC Oncoematologia Clinico Sperimentale	X	

SOSD Anatomia Patologica ad indirizzo oncologico	X	
SOSD Trattamento di cellule staminali per le terapie cellulari	X	
Comparto – Dipartimento di Oncologia Chirurgica		X
<b>Dipartimento delle Alte Tecnologie</b>		
SOC Radiologia Oncologica	X	
SOC Medicina Nucleare	X	
SOC Fisica Sanitaria	X	
SOC Oncologia Radioterapica	X	
SOSD Area di Oncologia Integrata Adolescenti e Giovani Adulti	X	
Comparto – Dipartimento delle Alte Tecnologie		X
<b>Dipartimento della gestione amministrativa</b>		
Direzione amministrativa (ufficio cassa e ufficio ricoveri)		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
<b>Direzione Generale</b>		
Direzione Generale (Direzione Generale, SPPA)	X	X
SOSD Controllo di Gestione	X	X
<b>Direzione Sanitaria</b>		
Direzione Sanitaria (Direzione Sanitaria, CAF)	X	X
SOSD Farmacia	X	X
<b>Direzione Scientifica</b>		
Direzione Scientifica (Uffici di staff)	X	X
SOC Epidemiologia Oncologica	X	X

### *Fasi del percorso di budget*

Per l'esercizio 2021 il percorso prevede le seguenti fasi:

<b>attività</b>	<b>Strutture/figure coinvolte</b>
Avvio del percorso: presentazione delle linee annuali per la gestione del SSR anno 2021 al collegio di direzione e a tutti i direttori di struttura	Direzione strategica

predisposizione delle linee guida per il budget e dell'albero della performance e validazione degli stessi da parte della direzione strategica	SOSD controllo di gestione e direzione strategica/OIV
predisposizione proposte schede di budget	SOSD controllo di gestione
svolgimento degli incontri di negoziazione di budget tra il comitato di budget e i direttori/responsabili dei vari centri di responsabilità del dipartimento	comitato di budget/direttori, responsabili dei centri di responsabilità
predisposizione definitiva delle schede di invio delle stesse ai singoli responsabili che dovranno diffonderle ai propri collaboratori e restituire copia firmata alla SOSD controllo di gestione	SOSD controllo di gestione
approvazione delle schede di budget con deliberazione del direttore generale	direzione strategica
monitoraggio e revisione del budget	comitato di budget/direttori, responsabili dei centri di responsabilità
valutazione conclusiva	SOSD controllo di gestione/comitato di budget/OIV

## Valutazione degli obiettivi della performance organizzativa

### *Verifiche intermedie degli obiettivi*

Durante l'esercizio verrà predisposto un monitoraggio degli obiettivi di budget e una reportistica che confronta a livello temporale i dati di attività e di risorse per struttura operativa. Nel corso dell'esercizio saranno organizzati degli incontri tra il comitato di budget e i singoli responsabili di budget per l'analisi dei risultati infrannuali e degli scostamenti rispetto al budget assegnato. Durante questi incontri verranno valutate eventuali cause esterne non governabili dalla struttura che rendano necessaria una revisione degli obiettivi.

### *Valutazione annuale degli obiettivi*

Il raggiungimento degli obiettivi sarà validato dalla Direzione di competenza (generale, scientifica, sanitaria e amministrativa), sulla base del sistema di monitoraggio aziendale, fatto salvo le rilevazioni ancora in capo alle singole strutture per le quali i direttori/responsabili produrranno i report e le evidenze di specie. All'Organismo indipendente di valutazione (OIV) spetta la verifica della correttezza dei processi di

misurazione, monitoraggio, valutazione e rendicontazione della performance organizzativa; a tale scopo l'OIV potrà richiedere supplementi di istruttoria rispetto alla documentazione proposta dalle direzioni competenti, qualora la stessa non sia ritenuta probatoria.

E' prevista la seguente scala di verifica e valutazione della performance di struttura raccordata con la scala di riconoscimento dell'indennità di risultato/produttività collettiva:

**ANNO 2021**

<b>Scala di verifica e valutazione della performance raccordata con scala di riconoscimento indennità di risultato/produttività collettiva</b>	
<b>grado di conseguimento</b>	<b>percentuale di accesso alla quota annua di retribuzione risultato/produttività collettiva</b>
≥ 95%	100%
60%-94%	in proporzione rispetto al 95%
< 60%	0%

Le percentuali vengono calcolate arrotondate per eccesso o per difetto al numero intero.

## La performance individuale

Il ciclo della performance si chiude con la valutazione del personale dipendente attraverso la compilazione della scheda di valutazione individuale.

Il processo di valutazione della performance individuale attivo in Istituto è differenziato a seconda che si tratti di personale dirigente o non dirigente.

### *Performance individuale della dirigenza*

La valutazione individuale della dirigenza analizza e misura in modo trasparente la performance dei dipendenti e valorizza il loro impegno e i loro risultati.

Lo strumento utilizzato è rappresentato da una scheda di valutazione in formato Excel ed è articolata in diverse dimensioni (caratteristiche comportamentali, collaborazione e partecipazione multidisciplinare, capacità organizzative, dimensione quali - quantitativa, contributo individuale alle attività relativa agli obiettivi di budget dell'anno in corso, attività scientifiche e didattiche, ecc).

Le diverse dimensioni sono "pesate" attraverso coefficienti di correzione variabili che contribuiscono a rendere il punteggio coerente con le responsabilità dirigenziali attribuite. Ciascuna dimensione è scomposta

in più fattori di osservazione, il cui valore medio moltiplicato per il coefficiente fornisce il valore della dimensione.

Tra i fattori di osservazione sono ricompresi anche gli obiettivi descritti nella scheda di budget, individuati per i singoli dirigenti dai Direttori di SOC/SOSD, evidenziando il contributo al raggiungimento degli stessi al fine di rendere coerente la performance individuale con quella organizzativa.

La valutazione individuale è effettuata dal diretto superiore del valutato, secondo i principi del contraddittorio e della partecipazione.

L'occasione del confronto per la valutazione individuale deve essere proficuamente utilizzata anche per individuare piani di miglioramento e sviluppo per il dirigente, dei quali si dovrà tener conto nei programmi formativi aziendali per l'anno successivo.

Il range di punteggio per considerare la valutazione positiva è tra 18 e 30.

Come raccomandato dall'OIV, nel corso del 2021 verrà valutata l'opportunità di predisporre adeguati meccanismi operativi di collegamento tra l'esito della valutazione individuale della dirigenza ed il trattamento incentivante. L'argomento sarà oggetto di discussione con le OO.SS.

### *Performance individuale del comparto*

La scheda di valutazione individuale per il comparto, introdotta nel 2020, considera sei dimensioni pesate in misura uguale (qualità lavorativa, impegno lavorativo, risoluzione dei problemi, relazione verso gli utenti esterni/interni, collaborazione con i colleghi e flessibilità) per le quali il valutatore deve riportare un punteggio da 1 a 5 secondo le declinazioni riportate nella scheda.

La procedura valutativa presuppone che la valutazione sia la conoscenza diretta dell'operato del valutato, pertanto il coordinatore valuta il personale al medesimo assegnato, il titolare dell'incarico di funzione valuta i coordinatori ed il personale assegnato direttamente allo stesso, anche nei casi in cui l'organizzazione non preveda un coordinamento di afferenza. Nel caso in cui il dipendente operi in un settore nel quale l'organizzazione non ha previsto né coordinatore né incarico di funzione, la valutazione verrà effettuata dal dirigente di riferimento dell'area. Nel caso sia necessaria una valutazione di seconda istanza si procederà in linea gerarchica con il diretto superiore del valutatore.

La valutazione deve essere sottoposta al valutato e deve essere firmata per presa visione. Gli incarichi di funzione di area sanitaria sono valutati dal dirigente delle professioni sanitarie, i restanti incarichi di funzione sono valutati dal dirigente responsabile della struttura competente.

## **Sistema di incentivazione**

Nei contratti integrativi d'istituto per la regolazione dei sistemi incentivanti relativi alla retribuzione di risultato per l'area della dirigenza e alla produttività collettiva per l'area del comparto verrà previsto il sistema di incentivazione correlato alla performance organizzativa e alla performance individuale.

# 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: 16/09/2021 15:58:38

IMPRONTA: B283D6BC818FC3A9086D4B1814CCA082ECB7E70B29608EC4A872214A3AB2DE14  
ECB7E70B29608EC4A872214A3AB2DE1416896621ED7A99BF1848008074285DD7  
16896621ED7A99BF1848008074285DD71018AF9AE687D9A45B9931A691C3FD86  
1018AF9AE687D9A45B9931A691C3FD8667F76CCFB4FFF046BDD3C386008B8110

NOME: LORENA BASSO

CODICE FISCALE: BSSLRN70L63I403Q

DATA FIRMA: 16/09/2021 16:30:36

IMPRONTA: 04C161AA302810A0DF00B563059F5A6882FBA95450C539687CA257CBF0099156  
82FBA95450C539687CA257CBF0099156AAC786863D04549DE1E90840C69C6791  
AAC786863D04549DE1E90840C69C6791083C8B09D97510358687F3C2164262A4  
083C8B09D97510358687F3C2164262A4BB5617BE0BC471728019CB6DFA855D19

NOME: CRISTINA ZAVAGNO

CODICE FISCALE: ZVGCST68P69Z401X

DATA FIRMA: 16/09/2021 16:39:39

IMPRONTA: 493B155E18AECD9757BD626AA5A5A54C474BCACBA26CA62D73A6257B30A0ECFE  
474BCACBA26CA62D73A6257B30A0ECFEAFECBB5870F82E827DFCEDC8AA5C1FD4  
AFECBB5870F82E827DFCEDC8AA5C1FD459F271ED5FD992A5A921297F53B34E23  
59F271ED5FD992A5A921297F53B34E239FEFF5D74A025AD60F51960045578B68

NOME: SILVIA FRANCESCHI

CODICE FISCALE: FRNSLV55B49F205D

DATA FIRMA: 16/09/2021 16:45:06

IMPRONTA: 70D7404760063DCCBB554AF42A1A4C5F43AE27E4BFA1AB8166C03C6C08C99466  
43AE27E4BFA1AB8166C03C6C08C99466A1F14BF14AE03FEADE03EC9B854968D2  
A1F14BF14AE03FEADE03EC9B854968D280A82E85E9AA89414D988D1E250F8678  
80A82E85E9AA89414D988D1E250F8678D5102926785D27146621FA2E11587DE5

NOME: NELSO TRUA

CODICE FISCALE: TRUNLS68E13C352L

DATA FIRMA: 16/09/2021 18:02:59

IMPRONTA: 1F90866758AB5F0B725EB8318CA4A94BD0368605263DB644E9E93A4F8156C499  
D0368605263DB644E9E93A4F8156C4992D72CEB51919591F970F5706EE05C63D  
2D72CEB51919591F970F5706EE05C63DA0C205E02686A99E7C0BE21EC7818F1E  
A0C205E02686A99E7C0BE21EC7818F1EC0EC6792A879639296FB7776E359DBFA

NOME: "FRANCESCA TOSOLINI"

CODICE FISCALE: TSLFNC68M54L483X

DATA FIRMA: 16/09/2021 18:08:29

IMPRONTA: C73E94D735A7C1F0C6119ABCC6F3705B35B9A8763B022AB8EDB94F66A884EDBF  
35B9A8763B022AB8EDB94F66A884EDBF31E8A55B3B37CBDF06DEF5948014224C  
31E8A55B3B37CBDF06DEF5948014224C0BE303C42B5E4C3B9356015BCF0A4E03  
0BE303C42B5E4C3B9356015BCF0A4E038C06FB7EA3550B10459A9CF0D189DAD3



# Allegato 2

## Schede di Budget 2021



## BUDGET 2021

### Dipartimento di Oncologia Medica (DOM)

SOC Oncologia Medica e dei Tumori Immunocorrelati	pagg. 01-04
SOC Oncologia Medica e Prevenzione Oncologica	pagg. 05-09
SOC Gastroenterologia Oncologica Sperimentale	pagg. 10-13
SOSD Oncoematologia Trapianti Emopoietici e Terapie Cellulari	pagg. 14-18
SOSD Psicologia Oncologica	pagg. 19-20
Dipartimento di Oncologia Medica – Comparto	pagg. 21-22

### Dipartimento di Oncologia Chirurgica (DOC)

SOC Chirurgia Oncologica Generale	pagg. 23-27
SOC Chirurgia Oncologica Ginecologica	pagg. 28-33
SOC Chirurgia Oncologica del Seno	pagg. 34-39
SOC Anestesia e Rianimazione	pagg. 40-43
SOSD Medicina del dolore Clinica e Sperimentale	pagg. 44-47
Dipartimento di Oncologia Chirurgica – Comparto	pagg. 48-50

### Dipartimento delle Alte Tecnologie (DAT)

SOC Oncologia Radioterapica	pagg. 51-54
SOC Fisica Sanitaria	pagg. 55-57

SOC Radiologia Oncologica	pagg. 58-62
SOC Medicina Nucleare	pagg. 63-66
SOSD Area di Oncologia Integrata Adolescenti e Giovani Adulti	pagg. 67-69
Dipartimento delle Alte Tecnologie – Comparto	pagg. 70-71

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

SOSD Anatomia Patologica ad Indirizzo Oncologico	pagg. 72-74
SOC Oncogenetica e Oncogenomica Funzionale	pagg. 75-77
SOC Oncol. Molecolare e Modelli Preclin. di Progress. Tumorale	pagg. 78-80
SOC Farmacologia Sperimentale e Clinica	pagg. 81-83
SOC Oncoematologia Clinico Sperimentale	pagg. 84-86
SOC Immunopatologia e Biomarcatori Oncologici	pagg. 87-89
SOSD Trattamento di Cellule Staminali per le Terapie Cellulari	pagg. 90-92
Dipartimento della Ricerca e della Diagnostica Avanzata dei Tumori – Comparto	pagg. 93-94

#### Dipartimento della Gestione Amministrativa (DGA)

SOC Legali, Affari Generali e Gestione Risorse Umane	pagg. 95-96
SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica	pagg. 97-99
SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche	pagg. 100-102
SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie	pagg. 103-104
Direzione amministrativa – Ufficio Cassa	pag. 105
Direzione amministrativa – Ufficio Ricoveri	pag. 106

## Direzione Generale

Direzione Generale	pagg. 107-108
Direzione Generale – Servizio Protezione e Prevenzione Aziendale	pag. 109-110
SOSD Controllo di Gestione	pagg. 111-113

## Direzione Sanitaria

Direzione Sanitaria	pagg. 114-117
Direzione Sanitaria - Centro Attività Formative	pag. 118
SOSD Farmacia	pagg. 119-121

## Direzione Scientifica

Direzione Scientifica – Segreteria Scientifica e Ufficio Grant	pagg. 122-123
Direzione Scientifica – Ufficio Trasferimento Tecnologico	pagg. 124
Direzione Scientifica – Servizio Biblioteca	pagg. 125
SOC Epidemiologia Oncologica	pagg. 126-127

SCHEDA DI BUDGET 2021 - SOC ONCOLOGIA MEDICA E DEI TUMORI IMMUNOCORRELATI - DIRIGENZA

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>202</b> <b>Mantenimento dei volumi dell'attività assistenziale II semestre anno 2020</b>	1. numero chemioterapie delle 3 oncologie (OMTI, OMP e SAN VITO) 2. numero visite di follow-up delle 3 oncologie (OMTI, OMP e SAN VITO)	<b>1. anno 2021 ≥ valori luglio-dicembre 2020 delle 3 oncologie (OMTI, OMP e SAN VITO)</b> <b>2. numero visite di follow-up II semestre 2021 ≥ numero luglio-dicembre 2020 delle 3 oncologie (OMTI, OMP e SAN VITO)</b>	La percentuale 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 - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>210</b> <b>Mantenimento produzione scientifica: Impact Factor</b>	1. Impact factor grezzo frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati 2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati	<b>1. &gt; media impact factor grezzo frazionato 2018-2020 relativo agli articoli pubblicati</b> <b>2. &gt; impact factor normalizzato frazionato anno 2020 relativo agli articoli pubblicati</b>	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%		direzione scientifica
<b>211</b> <b>Mantenimento produzione scientifica: Numero pubblicazioni</b>	1. Numero delle pubblicazioni anno 2021 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 2. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 3 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	<b>1. &gt; media numero pubblicazioni anni 2018-2020 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)</b> <b>2. Almeno 1</b>	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%		direzione scientifica

## D - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>218</b> controlli di appropriatezza del setting assistenziale dell'attività di ricovero	2 monitoraggi semestrali con criteri di campionatura usati per il monitoraggio regionale	≥ 95%	La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo < 50% = 0%	5%	5%		direzione sanitaria

## F - Tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>203</b> Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	garantire i tempi di attesa dell'erogazione dei ricoveri elettivi oncologici	≥ 90%	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.	5%	5%		direzione generale
<b>209</b> Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	Garantire il rispetto dei tempi di attesa della visita oncologica per le priorità B	≥ 90% priorità B	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.	5%	5%		direzione generale

## I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>200</b> Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori	condivisione degli obiettivi di budget 2021	Trasmissione all'ufficio controllo di gestione della scheda firmata da tutti i collaboratori entro il mese successivo dall'adozione della delibera di approvazione	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%		SOSD controllo di gestione
<b>205</b> Cartella clinica	1. partecipazione attiva al tavolo di lavoro con la direzione per la definizione del contenuto della cartella clinica 2. utilizzo della nuova cartella per i nuovi pazienti	1. entro il 31.10 2. entro il 30.11	il monitoraggio sull'utilizzo della nuova cartella verrà effettuato sulle cartelle aperte nel mese di dicembre	5%	10%		direzione sanitaria

<b>215</b>	<b>Garantire l'attività oncologica presso le sedi ASFO</b>	1. definire modello organizzativo per la sede di PN 2. definire modello organizzativo per le sedi di San Vito e Spilimbergo	<b>1. invio alla direzione sanitaria entro il mese di settembre</b> <b>2. invio alla direzione sanitaria entro il mese di ottobre</b>	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="text" value="10%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	direzione sanitaria
<b>216</b>	<b>analisi dei profili prescrittivi ambulatoriali più frequenti per patologia</b>	predisposizione proposta di profili per validazione della direzione	<b>invio alla direzione sanitaria entro il 31.10</b>	viene riconosciuta una franchigia di 15 giorni.	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	direzione sanitaria
<b>217</b>	<b>Percorso di performance anno 2021</b>	individuazione obiettivi correlati alla performance individuale dirigenza 2021	<b>trasmissione alla SOSD controllo di gestione della scheda con l'individuazione degli obiettivi entro un mese dal ricevimento della stessa</b>	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"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione
<b>219</b>	<b>Analisi appropriatezza prescrittiva farmaci</b>	partecipazione attiva ai gruppi di lavoro organizzati dalla direzione	<b>partecipazione alle riunioni con cadenza bimestrale a partire da settembre</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	direzione sanitaria

## L - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO	
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione		
<b>212</b>	<b>Contenimento del consumo della farmaceutica ospedaliera</b>	rispetto del vincolo regionale	<b>rispetto dei vincoli regionali (farmaci oncologici ospedalieri ≤ valore 2020; altri farmaci ospedalieri ≤ valore 2020 - 3%) (per le oncologie obiettivo unico con responsabilità solidale)</b>	Il valore assegnato a budget è stato determinato tenendo conto dei vincoli regionali e dell'obiettivo assegnato in termini di volumi di attività. L'incremento di attività potrà comportare un aumento del consumo nel rispetto dei vincoli regionali e proporzionale all'incremento dei volumi. Potranno essere valutati eventuali scostamenti minimi in termini di valore assoluto.	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione
<b>213</b>	<b>Contenimento consumi prodotti sanitari (esclusi farmaci)</b>	rispetto del vincolo regionale	<b>rispetto del vincolo regionale: ≤ valore anno 2020 - 3% (per le oncologie obiettivo unico con responsabilità solidale)</b>	Il valore assegnato a budget è stato determinato tenendo conto dei vincoli regionali e dell'obiettivo assegnato alle oncologie in termini di volumi di attività. L'incremento di attività potrà comportare un aumento del consumo di prodotti sanitari nel rispetto dei vincoli regionali e proporzionale all'incremento dei volumi. Potranno essere valutati eventuali scostamenti minimi in termini di valore assoluto.	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione

## N - Sistemi informativi

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>204</b> Implementazione della cartella oncologica informatizzata	% di cartelle implementate relativamente ad almeno questi campi: protocollo/farmaco, diagnosi/sede, stadiazione.	<b>Implementazione dei campi obbligatori per il 95% dei pazienti.</b>	Modalità di valutazione: una rilevazione del grado di completezza al 31.12.2021.	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione
<b>206</b> referti digitali ambulatoriali e lettere di dimissione	1. % referti ambulatoriali per interni ed esterni firmati digitalmente 2. % lettere di dimissione firmate digitalmente	<b>1. ≥ 98% 2. ≥ 98%</b>	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="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione

## O - Altre progettualità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>207</b> Effettuazione dello screening a favore dei pazienti HIV+ e supporto all'attività di vaccinazione presso ASFO	Tutti i pazienti selezionati sono stati contattati e prenotati per la vaccinazione CoVID			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="X"/>	
<b>208</b> Piani terapeutici dematerializzati	% di piani terapeutici dematerializzati	<b>Media del 50% sui mesi in cui è attiva la firma digitale del piano terapeutico dematerializzato</b>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>214</b> Utilizzo della ricetta dematerializzata di specialistica e farmaceutica	% di ricette dematerializzate sul totale delle ricette	<b>90% sul totale delle ricette entro il 31/12/2021</b>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>220</b> Ricette dematerializzate non SSR	% di ricette non SSR dematerializzate	<b>Media del 50 % sui mesi in cui è attiva la ricetta non SSR dematerializzata entro il 31/12/2021</b>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
				<input type="text" value="100%"/>	<input type="text" value="100%"/>		

SCHEDA DI BUDGET 2021 - SOC ONCOLOGIA MEDICA E PREVENZIONE ONCOLOGICA - DIRIGENZA

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<p><b>223</b></p> <p>Mantenimento dei volumi dell'attività assistenziale II semestre anno 2020</p>	<p>1. numero chemioterapie delle 3 oncologie (OMTI, OMP e SAN VITO)</p> <p>2. numero visite di follow-up delle 3 oncologie (OMTI, OMP e SAN VITO)</p>	<p>1. anno 2021 ≥ valori luglio-dicembre 2020 delle 3 oncologie (OMTI, OMP e SAN VITO)</p> <p>2. numero visite di follow-up II semestre 2021 ≥ numero luglio-dicembre 2020 delle 3 oncologie (OMTI, OMP e SAN VITO)</p>	<p>La percentuale dei singoli target viene valutata come segue:</p> <p>≥ 95% = 100%</p> <p>≥ 50% e &lt; 95% = in proporzione all'intervallo</p> <p>&lt;50% = 0%.</p> <p>L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target.</p>	<p>15%</p>	<p>10%</p>	<p></p>	<p>SOSD controllo di gestione</p>

C - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<p><b>234</b></p> <p>Mantenimento produzione scientifica: Impact Factor</p>	<p>1. Impact factor grezzo frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati</p> <p>2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati</p>	<p>1. &gt; media impact factor grezzo frazionato 2018-2020 relativo agli articoli pubblicati</p> <p>2. &gt; impact factor normalizzato frazionato anno 2020 relativo agli articoli pubblicati</p>	<p>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%</p>	<p>5%</p>	<p>5%</p>	<p></p>	<p>direzione scientifica</p>
<p><b>235</b></p> <p>Mantenimento produzione scientifica: Numero pubblicazioni</p>	<p>1. Numero delle pubblicazioni anno 2021 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)</p> <p>2. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 3 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)</p>	<p>1. &gt; media numero pubblicazioni anni 2018-2020 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)</p> <p>2. Almeno 1</p>	<p>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.</p>	<p>5%</p>	<p>5%</p>	<p></p>	<p>direzione scientifica</p>



## D - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
242 controlli di appropriatezza del setting assistenziale dell'attività di ricovero	2 monitoraggi semestrali con criteri di campionatura usati per il monitoraggio regionale	≥ 95%	La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo < 50% = 0%	5%	5%		SOSD controllo di gestione

## F - Tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
224 Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	garantire i tempi di attesa dell'erogazione dei ricoveri elettivi oncologici	≥ 90%	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.	5%	5%		direzione generale
233 Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	garantire il rispetto dei tempi di attesa della visita oncologica per la priorità B	≥ 90% priorità B	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.	5%	5%		direzione generale

## I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
221 Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori	condivisione degli obiettivi di budget 2021	Trasmissione all'ufficio controllo di gestione della scheda firmata da tutti i collaboratori entro il mese successivo dall'adozione della delibera di approvazione	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%		SOSD controllo di gestione

<b>226</b>	<b>Accreditamento della Breast Unit secondo lo standard EUSOMA</b>	Rinnovo dell'accREDITamento della Breast Unit: 1.Preparazione alla visita di accREDITamento 2.Accoglimento della visita di accREDITamento 3.Predisposizione dell'eventuale piano di miglioramento e altri adempimenti post visita richiesti da BCCert	<b>conseguimento accREDITamento e superamento non conformit�</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato � s� = 100% se il risultato � no = 0%	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	direzione sanitaria
<b>227</b>	<b>Cartella clinica</b>	1. partecipazione attiva al tavolo di lavoro con la direzione per la definizione del contenuto della cartella clinica 2. utilizzo della nuova cartella per i nuovi pazienti	<b>1. entro il 31.10 2. entro il 30.11</b>	il monitoraggio sull'utilizzo della nuova cartella verr� effettuato sulle cartelle aperte nel mese di dicembre	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	direzione sanitaria
<b>228</b>	<b>Garantire l'attivit� oncologica presso le sedi ASFO</b>	1. definire modello organizzativo per la sede di PN 2. definire modello organizzativo per le sedi di San Vito e Spilimbergo	<b>1. invio alla direzione sanitaria entro il mese di settembre 2. invio alla direzione sanitaria entro il mese di ottobre</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato � s� = 100% se il risultato � no = 0% L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei due target.	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	direzione sanitaria
<b>229</b>	<b>Riorganizzazione del percorso ambulatoriale legato al follow-up</b>	predisposizione procedura per la gestione del paziente follow-up	<b>entro il 30.09 invio proposta alla direzione sanitaria</b>	viene riconosciuta una franchigia di 15 giorni.	<input type="text"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	direzione sanitaria
<b>240</b>	<b>Analisi dei profili prescrittivi ambulatoriali pi� frequenti per patologia</b>	predisposizione proposta di profili per validazione della direzione	<b>invio alla direzione sanitaria entro il 31.10</b>	viene riconosciuta una franchigia di 15 giorni.	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	direzione sanitaria
<b>241</b>	<b>Percorso di performance anno 2021</b>	individuazione obiettivi correlati alla performance individuale dirigenza 2021	<b>trasmissione alla SOSD controllo di gestione della scheda con l'individuazione degli obiettivi entro un mese dal ricevimento della stessa</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato � s� = 100% se il risultato � no = 0%.	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione
<b>243</b>	<b>Analisi appropriatezza prescrittiva farmaci</b>	partecipazione attiva ai gruppi di lavoro organizzati dalla direzione	<b>partecipazione alle riunioni con cadenza bimestrale a partire da settembre</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato � s� = 100% se il risultato � no = 0%	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	direzione sanitaria

## L - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>236</b> Contenimento del consumo della farmaceutica ospedaliera	rispetto del vincolo regionale	<b>rispetto dei vincoli regionali (farmaci oncologici ospedalieri ≤ valore 2020; altri farmaci ospedalieri ≤ valore 2020 - 3%) (per le oncologie obiettivo unico con responsabilità solidale)</b>	Il valore assegnato a budget è stato determinato tenendo conto dei vincoli regionali e dell'obiettivo assegnato in termini di volumi di attività. L'incremento di attività potrà comportare un aumento del consumo nel rispetto dei vincoli regionali e proporzionale all'incremento dei volumi. Potranno essere valutati eventuali scostamenti minimi in termini di valore assoluto.	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione
<b>237</b> Contenimento consumi prodotti sanitari (esclusi farmaci)	rispetto del vincolo regionale	<b>rispetto del vincolo regionale: ≤ valore anno 2020 - 3% (per le oncologie obiettivo unico con responsabilità solidale)</b>	Il valore assegnato a budget è stato determinato tenendo conto dei vincoli regionali e dell'obiettivo assegnato alle oncologie in termini di volumi di attività. L'incremento di attività potrà comportare un aumento del consumo di prodotti sanitari nel rispetto dei vincoli regionali e proporzionale all'incremento dei volumi. Potranno essere valutati eventuali scostamenti minimi in termini di valore assoluto.	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione

## N - Sistemi informativi

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>225</b> Implementazione della cartella oncologica informatizzata	% di cartelle implementate relativamente ad almeno questi campi: protocollo/farmaco, diagnosi/sede, stadiazione.	<b>Implementazione dei campi obbligatori per il 95% dei pazienti.</b>	Modalità di valutazione: una rilevazione del grado di completezza al 31.12.2021.	<input type="text"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione
<b>238</b> Referti digitali prestazioni ambulatoriali	% referti ambulatoriali per interni ed esterni firmati digitalmente	<b>≥ 98% dal mese di luglio</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%.	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione
<b>239</b> Referti digitali lettere dimissione	% lettere di dimissione firmate digitalmente	<b>≥ 98%</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione

## O - Altre progettualità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>230</b> Utilizzo della ricetta dematerializzata di specialistica e farmaceutica	% di ricette dematerializzate sul totale delle ricette	<b>90% sul totale delle ricette entro il 31/12/2021</b>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>231</b> Ricette dematerializzate non SSR	% di ricette non SSR dematerializzate	<b>Media del 50 % sui mesi in cui è attiva la ricetta non SSR dematerializzata entro il 31/12/2021</b>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>232</b> Piani terapeutici dematerializzati	% di piani terapeutici dematerializzati	<b>Media del 50% sui mesi in cui è attiva la firma digitale del piano terapeutico dematerializzato</b>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
				<input type="text" value="100%"/>	<input type="text" value="100%"/>		

SCHEDA DI BUDGET 2021 - SOC GASTROENTEROLOGIA ONCOLOGICA SPERIMENTALE - DIRIGENZA

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<p><b>246</b></p> <p><b>Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa ai livelli registrati nell'anno 2019</b></p>	<p>1. numero prestazioni traccianti giugno-dicembre 2019: numero visite gastroenterologiche numero colonscopie con endoscopio flessibile n. polipetomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unca n. rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile n. polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica n. esofagogastroduodenoscopia</p> <p>2. numero prestazioni periodo gennaio-maggio 2021</p>	<p><b>1. target al netto dei volumi finanziati con ex DGR 1036 del 02.07.2021: numero visite gastroenterologiche: 387 (+116 finanziate con ex DGR 1036 del 02.07.2021) numero colonscopie con endoscopio flessibile (comprese polipectomie): 562 (+ 70 finanziate con ex DGR 1036 del 02.07.2021) n. rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile: 40 (+20 finanziate con ex DGR 1036 del 02.07.2021) n. esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica: 236 (+45 finanziate con ex DGR 1036 del 02.07.2021)</b></p> <p><b>2. numero prestazioni traccianti gennaio-maggio 2019</b></p>	<p>1. Qualora il singolo target non venga raggiunto, la struttura dovrà garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in almeno il 90% dei casi (valutazione effettuata nel 4° trimestre). L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei singoli target</p> <p>2. La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e &lt; 95% = in proporzione all'intervallo &lt;50% = 0%.</p> <p>Il primo target pesa per il 60% mentre il secondo target pesa per il 40%.</p>	<p>20%</p>	<p>20%</p>	<p></p>	<p>SOSD controllo di gestione</p>

C - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<p><b>252</b></p> <p><b>Mantenimento produzione scientifica: Impact Factor</b></p>	<p>1. Impact factor grezzo frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati</p> <p>2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati</p>	<p><b>1. &gt; media impact factor grezzo frazionato 2018-2020 relativo agli articoli pubblicati</b></p> <p><b>2. &gt; impact factor normalizzato frazionato anno 2020 relativo agli articoli pubblicati</b></p>	<p>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%</p>	<p>5%</p>	<p>5%</p>	<p></p>	<p>direzione scientifica</p>

253

**Mantenimento produzione scientifica: Numero pubblicazioni**

1. Numero delle pubblicazioni anno 2021 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)  
2. Numero pubblicazioni con I.F.  $\geq 3$  (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)

**1. > media numero pubblicazioni anni 2018-2020 (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%

direzione scientifica

## E - Screening

OBIETTIVO

INDICATORI/ATTIVITA'

TARGET

CRITERI VALUTAZIONE

PESI INCENTIVAZIONE

RESPONSABILE DEL DATO

responsabile    dirigenza    altri sistemi di incentivazione

244

**Screening colon retto**

1. Percentuale di cartelle correttamente compilate (in particolare la codifica del livello di rischio assicurando di rendere definitiva la compilazione)  
2. percentuale dei casi con tempi tra fobt e colonscopia entro 30 giorni

**1.  $\geq 95\%$**   
**2.  $\geq 95\%$**

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 due target.

10%

15%

SOSD controllo di gestione

## F - Tempi di attesa

OBIETTIVO

INDICATORI/ATTIVITA'

TARGET

CRITERI VALUTAZIONE

PESI INCENTIVAZIONE

RESPONSABILE DEL DATO

responsabile    dirigenza    altri sistemi di incentivazione

251

**Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili**

garantire il rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche come definite dal PNGLA 2019-2021 per le priorità B

**$\geq 90\%$  priorità B per le singole prestazioni traccianti**

La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue:  
 $\geq 95\% = 100\%$   
 $\geq 50\% \text{ e } < 95\% = \text{in proporzione all'intervallo}$   
 $< 50\% = 0\%$ .

15%

15%

direzione generale

## I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO

INDICATORI/ATTIVITA'

TARGET

CRITERI VALUTAZIONE

PESI INCENTIVAZIONE

RESPONSABILE DEL DATO

responsabile    dirigenza    altri sistemi di incentivazione

254

**Percorso di performance anno 2021**

individuazione obiettivi correlati alla performance individuale dirigenza 2021

**trasmissione alla SOSD controllo di gestione della scheda con l'individuazione degli obiettivi entro un mese dal ricevimento della stessa**

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

5%

SOSD controllo di gestione

256

Gestione di accesso delle prestazioni e delle liste di attesa

predisposizione del modello di gestione

invio del modello alla direzione sanitaria entro il 30.09

viene riconosciuta una franchigia di 15 giorni

25%

25%

direzione sanitaria

278

Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori

condivisione degli obiettivi di budget 2021

Trasmissione all'ufficio controllo di gestione della scheda firmata da tutti i collaboratori entro il mese successivo dall'adozione della delibera di approvazione

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

5%

5%

SOSD controllo di gestione

## L - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
255 Contenimento consumi prodotti sanitari	rispetto del vincolo regionale	rispetto del vincolo regionale per i consumi su fondi istituzionali: ≤ valore anno 2019 - 3%	Il valore assegnato a budget è stato determinato tenendo conto dei vincoli regionali e dell'obiettivo assegnato in termini di volumi di attività. L'incremento di attività potrà comportare un aumento del consumo di prodotti sanitari nel rispetto del vincolo regionale e proporzionale all'incremento dei volumi. Potranno essere valutati scostamenti minimi in termini di valore assoluto.	10%	10%	<input type="checkbox"/>	SOSD controllo di gestione

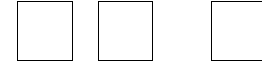
## O - Altre progettualità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
247 Utilizzo della ricetta dematerializzata di specialistica e farmaceutica	% di ricette dematerializzate sul totale delle ricette	90% sul totale delle ricette entro il 31/12/2021		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD controllo di gestione
248 Ricette dematerializzate non SSR	% di ricette non SSR dematerializzate	Media del 50 % sui mesi in cui è attiva la ricetta non SSR dematerializzata entro il 31/12/2021		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
249 Piani terapeutici dematerializzati	% di piani terapeutici dematerializzati	Media del 50% sui mesi in cui è attiva la firma digitale del piano terapeutico dematerializzato		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Linea progettuale regionale:  
estensione della soluzione  
referto multimediale in altri  
ambiti diagnostici**

progetto della soluzione, opportunamente configurata,  
al settore dell'ecocardiografia e all'endoscopia  
digestiva.

**entro il 31.12.2021**



100%

100%



SCHEDA DI BUDGET 2021 - SOSD ONCOEMATOLOGIA TRAPIANTI EMOPOIETICI E TERAPIE CELLULARI - DIRIGENZA

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio

- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>257</b> Mantenimento dei volumi dell'attività ambulatoriale anno 2019	numero prestazioni ambulatoriali	≥ valori 2019	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione
<b>258</b> Attività di trapianto	numero trapianti agosto-dicembre	≥ 15	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione

C - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>276</b> Mantenimento produzione scientifica: Impact Factor	1. Impact factor grezzo frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati 2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati	<b>1. &gt; media impact factor grezzo frazionato 2018-2020 relativo agli articoli pubblicati</b> <b>2. &gt; impact factor normalizzato frazionato anno 2020 relativo agli articoli pubblicati</b>	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%	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	direzione scientifica
<b>277</b> Mantenimento produzione scientifica: Numero pubblicazioni	1. Numero delle pubblicazioni anno 2021 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 2. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 3 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	<b>1. &gt; media numero pubblicazioni anni 2018-2020 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)</b> <b>2. Almeno 1</b>	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.	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	direzione scientifica

## D - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>267</b> controlli di appropriatezza del setting assistenziale dell'attività di ricovero	2 monitoraggi semestrali con criteri di campionatura usati per il monitoraggio regionale	≥ 95%	La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo < 50% = 0%	5%	5%		direzione sanitaria

## F - Tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>269</b> Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	garantire i tempi di attesa dell'erogazione dei ricoveri elettivi oncologici	≥ 90%	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.	5%	5%		direzione generale
<b>273</b> Programmazione piani di attività ambulatoriale	1. revisione dell'attuale piano dal 31.07-31.12 2. predisposizione piano attività 2022 annuale entro il 31.12	<b>1. revisione dal 31.07 al 31.12</b> <b>2. entro il 31.12</b>	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

## I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>265</b> Analisi dei profili prescrittivi ambulatoriali più frequenti per patologia	predisposizione proposta di profili per validazione della direzione	<b>invio alla direzione sanitaria entro il 31.10</b>	viene riconosciuta una franchigia di 15 giorni.	10%	10%		direzione sanitaria
<b>266</b> Percorso di performance anno 2021	individuazione obiettivi correlati alla performance individuale dirigenza 2021	<b>trasmissione alla SOSD controllo di gestione della scheda con l'individuazione degli obiettivi entro un mese dal ricevimento della stessa</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%.	5%			SOSD controllo di gestione

268

**Analisi appropriatezza prescrittiva farmaci**

partecipazione attiva ai gruppi di lavoro organizzati dalla direzione

**partecipazione alle riunioni con cadenza bimestrale a partire da settembre**

I risultati vengono valutati come segue:  
se il risultato è sì = 100%  
se il risultato è no = 0%.

10%

10%

direzione sanitaria

272

**Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori**

condivisione degli obiettivi di budget 2021

**Trasmissione all'ufficio controllo di gestione della scheda firmata da tutti i collaboratori entro il mese successivo dall'adozione della delibera di approvazione**

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

5%

5%

SOSD controllo di gestione

275

**cartella clinica**

1. partecipazione attiva al tavolo di lavoro con la direzione per la definizione del contenuto della cartella clinica  
2. utilizzo della nuova cartella per i nuovi pazienti

**1. entro il 31.10  
2. entro il 30.11**

il monitoraggio sull'utilizzo della nuova cartella verrà effettuato sulle cartelle aperte nel mese di dicembre

10%

10%

direzione sanitaria

## L - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO

INDICATORI/ATTIVITA'

TARGET

CRITERI VALUTAZIONE

PESI INCENTIVAZIONE

RESPONSABILE DEL DATO

responsabile

dirigenza

altri sistemi di incentivazione

262

**Contenimento del consumo della farmaceutica ospedaliera**

rispetto del vincolo regionale

**rispetto dei vincoli regionali (farmaci oncologici ospedalieri ≤ valore 2020; altri farmaci ospedalieri ≤ valore 2020 - 3%)**

Il valore assegnato a budget è stato determinato tenendo conto dei vincoli regionali e dell'obiettivo assegnato in termini di volumi di attività. L'incremento di attività potrà comportare un aumento del consumo nel rispetto dei vincoli regionali e proporzionale all'incremento dei volumi. Potranno essere valutati eventuali scostamenti minimi in termini di valore assoluto.

10%

10%

SOSD controllo di gestione

263

**Contenimento consumi prodotti sanitari (esclusi farmaci)**

rispetto del vincolo regionale

**rispetto del vincolo regionale: ≤ valore anno 2020 - 3%**

Il valore assegnato a budget è stato determinato tenendo conto dei vincoli regionali e dell'obiettivo assegnato alle oncologie in termini di volumi di attività. L'incremento di attività potrà comportare un aumento del consumo di prodotti sanitari nel rispetto dei vincoli regionali e proporzionale all'incremento dei volumi. Potranno essere valutati eventuali scostamenti minimi in termini di valore assoluto.

5%

5%

SOSD controllo di gestione

## N - Sistemi informativi

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>259</b> referti digitali ambulatoriali e lettere di dimissione	1. % referti ambulatoriali per interni ed esterni firmati digitalmente 2. % lettere di dimissione firmate digitalmente	1. ≥ 98% 2. ≥ 98%	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="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione
<b>260</b> Implementazione della cartella oncologica informatizzata	% di cartelle implementate relativamente ad almeno questi campi: protocollo/farmaco, diagnosi/sede, stadiazione.	Implementazione dei campi obbligatori per il 95% dei pazienti.	Modalità di valutazione: una rilevazione del grado di completezza al 31.12.2021.	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione

## O - Altre progettualità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>261</b> Piani terapeutici dematerializzati	% di piani terapeutici dematerializzati	Media del 50% sui mesi in cui è attiva la firma digitale del piano terapeutico dematerializzato		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>264</b> Utilizzo della ricetta dematerializzata di specialistica e farmaceutica	% di ricette dematerializzate sul totale delle ricette	90% sul totale delle ricette entro il 31/12/2021		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>270</b> Garantire l'assistenza dei pazienti con Leucemia acute provenienti da ASFO	N.ro pazienti accolti	accoglimento del 100% dei pazienti segnalati da ASFO		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="x"/>	
<b>271</b> Attività di screening sui pazienti trapiantati o da sottoporre a trapianto	Effettuazione dello screening a favore dei pazienti	Tutti i pazienti selezionati sono stati contattati e prenotati per la vaccinazione COVID		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="x"/>	

Ricette dematerializzate non SSR      % di ricette non SSR dematerializzate

Media del 50 % sui mesi in cui è  
attiva la ricetta non SSR  
dematerializzata entro il  
31/12/2021

--	--	--

---

100%	100%
------	------

SCHEDA DI BUDGET 2021 - SOSD PSICOLOGIA ONCOLOGICA - DIRIGENZA

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

C - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>401</b> Mantenimento produzione scientifica: Impact Factor	1. Impact factor grezzo frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati 2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati	<b>1. &gt; media impact factor grezzo frazionato 2018-2020 relativo agli articoli pubblicati</b> <b>2. &gt; impact factor normalizzato frazionato anno 2020 relativo agli articoli pubblicati</b>	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%	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	direzione scientifica
<b>402</b> Mantenimento produzione scientifica: Numero pubblicazioni	1. Numero delle pubblicazioni anno 2021 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 2. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 3 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	<b>1. &gt; media numero pubblicazioni anni 2018-2020 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)</b> <b>2. Almeno 1</b>	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.	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	direzione scientifica

D - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>500</b> Linea regionale HPH	Partecipazione alle attività regionali in tema di HPH	<b>è garantita la partecipazione richiesta</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	direzione sanitaria

## I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>403</b> Supporto alle famiglie dei pazienti	I pazienti e le loro famiglie sono informati della possibilità di ricevere supporto psicologico	<b>Entro il 31.12.2021 predisposizione di un opuscolo informativo sul servizio</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="20%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	direzione sanitaria
<b>405</b> Accreditamento della Breast Unit secondo lo standard EUSOMA	Rinnovo dell'accreditamento della Breast Unit: 1.Preparazione alla visita di accreditamento 2.Accoglimento della visita di accreditamento 3.Predisposizione dell'eventuale piano di miglioramento e altri adempimenti post visita richiesti da BCCert	<b>conseguimento accreditamento e superamento non conformità</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="50%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	direzione sanitaria
<b>406</b> Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori	condivisione degli obiettivi di budget 2021	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione della scheda firmata da tutti i collaboratori entro il mese successivo dall'adozione della delibera di approvazione</b>	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"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione

## N - Sistemi informativi

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>404</b> referti digitali ambulatoriali	% referti ambulatoriali per interni ed esterni firmati digitalmente	<b>≥ 98%</b>	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"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione

## O - Altre progettualità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>400</b> Attività di supporto psicologico per gli utenti e dipendenti	è garantita l'attività dell'ambulatorio e dello sportello dedicato	<b>Relazione del responsabile della struttura in merito all'attività svolta</b>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="x"/>	
				<input type="text" value="100%"/>	<input type="text"/>		

SCHEDA DI BUDGET 2021 - DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA MEDICA - COMPARTO

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio

- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

D - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				incarichi di coordinamento	altro personale	altri sistemi di incentivazione	
<b>300</b> Superamento della contenzione come previsto dalla D.G.R. n. 1904/2016	partecipazione alla formazione specifica sul tema	entro il 31.12	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	10%		direzione sanitaria
<b>301</b> applicazione bundle	adesione ai bundle individuati dalla direzione con specifica nota formale	rispetto dei criteri stabiliti dalla direzione con specifica nota formale	L'obiettivo sarà valutato nel secondo semestre con analisi campionaria secondo i criteri di valutazione individuati dalla direzione La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 80% = 100% ≥ 60% e < 80% = in proporzione all'intervallo <60% = 0%.	20%	30%		direzione sanitaria

I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				incarichi di coordinamento	altro personale	altri sistemi di incentivazione	
<b>302</b> Accoglienza pazienti oncologici medici in degenze quarto piano	1. condivisione dei criteri di pazienti 2. produzione istruzione operativa	1. entro il 30.06 2. entro il 15.07	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%	5%		SOSD direzione professioni sanitarie
<b>303</b> gestione dell'attività di somministrazione di chemioterapie con il nuovo applicativo log80 sulla base dei protocolli individuati	prescrizioni evase con log80	100%	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.	5%	10%		SOSD farmacia



<b>304</b>	<b>garantire l'attività oncologica presso le sedi ASFO</b>	1. definire modello organizzativo per la sede di PN 2. definire modello organizzativo per le sedi di San Vito e Spilimbergo	<b>1. invio alla direzione sanitaria entro il mese di settembre</b> <b>2. invio alla direzione sanitaria entro il mese di ottobre</b>	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="text" value="15%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	direzione sanitaria
<b>305</b>	<b>job description del comparto sanitario e tecnico (OSS) del dipartimento</b>	produzione della job	<b>invio alla direzione sanitaria entro il 31.12</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="25%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	SOSD direzione professioni sanitarie
<b>306</b>	<b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b>	condivisione degli obiettivi di budget 2021	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione della scheda firmata da tutti i collaboratori entro il mese successivo dall'adozione della delibera di approvazione</b>	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"/>	SOSD controllo di gestione
<b>307</b>	<b>Gestione di accesso delle prestazioni e delle liste di attesa</b>	sperimentazione del modello individuato	<b>entro 31.12</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	direzione sanitaria
<b>308</b>	<b>gestione amministrativa dell'attività di chemioterapia infusione ambulatoriale</b>	analisi dei report prodotti dalla SOSD controllo di gestione sulla completezza delle informazioni amministrative nel cup-web al fine della compensazione farmaci file F	<b>inserimento dei dati mancanti nel sistema cup-web e trasmissione dei risultati alla SOSD controllo di gestione entro 15 giorni dal ricevimento dei report</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione
<b>690</b>	<b>Accreditamento della Breast Unit secondo lo standard EUSOMA</b>	Rinnovo dell'accreditamento della Breast Unit: 1.Preparazione alla visita di accreditamento 2.Accoglimento della visita di accreditamento 3.Predisposizione dell'eventuale piano di miglioramento e altri adempimenti post visita richiesti da BCCert	<b>conseguimento accreditamento e superamento non conformità</b>	I risultati vengono valutati 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"/>	direzione sanitaria
<b>695</b>	<b>nuovo piano dietetico regionale</b>	1. condivisione tra il dietista ed i coordinatori delle degenze del nuovo piano regionale 2. revisione del piano delle degenze mediche e chirurgiche	<b>1. riunione entro il 30.09</b> <b>2. entro il 31.12 invio del documento revisionato alla direzione sanitaria</b>	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="text" value="10%"/>	<input type="text" value="15%"/>	<input type="text"/>	direzione sanitaria
					<input type="text" value="100%"/>	<input type="text" value="100%"/>		

SCHEDA DI BUDGET 2021 - SOC CHIRURGIA ONCOLOGICA GENERALE CON INDIRIZZO SUI SARCOMI, TUMORI RARI E MULTI-VISCERALI - DIRIGENZA

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

A - Attività di sala operatoria

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>10</b> Riconoscimento delle modalità di pianificazione operativa, funzionamento giornaliero, orario giorn/sett, ore/gg e disponibilità delle sale, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo	- Presentazione alla Direzione Centrale Salute e a ARCS entro il 15/03/2021 da parte degli Enti di relazione su ipotesi riorganizzativa funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2021; - n. di audit per la valutazione dei setting assistenziali dei pazienti chirurgici.	- entro il 15.03 - almeno 1	I risultati vengono valutati 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"/>	direzione sanitaria
<b>11</b> revisione del regolamento di sala operatoria approvato con delibera n. 178/2011	predisposizione nuovo regolamento	invio proposta alla direzione sanitaria entro il 30 settembre	Obiettivo condiviso tra le strutture di chirurgia e di anestesia. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="20%"/>	<input type="text" value="15%"/>	<input type="text"/>	direzione sanitaria
<b>12</b> Migliorare la base informativa dell'attività chirurgica	Completezza dei campi presenti nel registro operatorio e gestione informatizzata del processo di programmazione delle sedute: fascia contrattuale sala tempo fasi (anestesiologico, permanenza blocco) blocco ASA tipo anestesia ICD 9 tipologia intervento timing ora inizio ora fine chiusura intervento	completezza dei campi (per quanto di competenza) in almeno il 90% degli interventi	Il monitoraggio verrà effettuato nell'ultimo trimestre 2021. La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="20%"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione

rispetto dell'orario di inizio dell'attività di sala operatoria

% interventi che rispettano l'orario di inizio previsto nel regolamento vigente

≥ 90% nell'ultimo trimestre

I risultati vengono valutati come segue:  
se il risultato è sì = 100%  
se il risultato è no = 0%

5%

5%

direzione  
sanitaria/sosd  
controllo di gestione

## C - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
7 Mantenimento produzione scientifica: Impact Factor	1. Impact factor grezzo frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati 2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati	1. > media impact factor grezzo frazionato 2018-2020 relativo agli articoli pubblicati 2. > impact factor normalizzato frazionato anno 2020 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%	<input type="checkbox"/>	direzione scientifica
8 Mantenimento produzione scientifica: Numero pubblicazioni	1. Numero delle pubblicazioni anno 2021 (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 2018-2020 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 2. Almeno 1	Al primo target viene riconosciuta una franchigia del 40% 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%	<input type="checkbox"/>	direzione scientifica

## D - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
17 controlli di appropriatezza del setting assistenziale dell'attività di ricovero	2 monitoraggi semestrali con criteri di campionatura usati per il monitoraggio regionale	≥ 95%	La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo < 50% = 0%	5%	5%	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria

## F - Tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
9 <b>Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili</b>	garantire i tempi di attesa dell'erogazione dei ricoveri elettivi oncologici	≥ 90%	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.	15%	10%		direzione generale

## I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
1 <b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b>	condivisione degli obiettivi di budget 2021	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione della scheda firmata da tutti i collaboratori entro il mese successivo dall'adozione della delibera di approvazione budget</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%		SOSD controllo di gestione
14 <b>analisi dei profili prescrittivi ambulatoriali più frequenti per patologia</b>	predisposizione proposta di profili per validazione della direzione	<b>invio alla direzione sanitaria entro il 31.10</b>	viene riconosciuta una franchigia di 15 giorni.	5%	5%		direzione sanitaria
16 <b>percorso di performance anno 2021</b>	individuazione obiettivi correlati alla performance individuale dirigenza 2021	<b>trasmissione alla SOSD controllo di gestione della scheda con l'individuazione degli obiettivi entro un mese dal ricevimento della stessa</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%			SOSD controllo di gestione
73 <b>Cartella clinica</b>	1. partecipazione attiva al tavolo di lavoro con la direzione per la definizione del contenuto della cartella clinica 2. utilizzo della nuova cartella per i nuovi pazienti	<b>1. entro il 31.10 2. entro il 30.11</b>	il monitoraggio sull'utilizzo della nuova cartella verrà effettuato sulle cartelle aperte nel mese di dicembre	5%	5%		direzione sanitaria

## L - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
15 Contenimento consumi prodotti sanitari delle tre chirurgie	rispetto del vincolo regionale	≤ valore anno 2020 - 3% (€ 1.850.000)	Il valore assegnato a budget è stato determinato tenendo conto dei vincoli regionali e dell'obiettivo assegnato alle chirurgie in termini di volumi di attività. L'incremento di attività potrà comportare un aumento del consumo di prodotti sanitari nel rispetto dei vincoli regionali e proporzionale all'incremento dei volumi. Potranno essere valutati eventuali scostamenti minimi in termini di valore assoluto.	10%	10%		SOSD controllo di gestione

## N - Sistemi informativi

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
13 Firma digitale referti (specialistica, radiologia, analisi chimico cliniche, anatomia patologica), lettere di dimissione	1. % referti ambulatoriali per interni ed esterni firmati digitalmente 2. % lettere di dimissione firmate digitalmente	1. ≥ 98% dei referti ambulatoriali per interni ed esterni firmati digitalmente 2. ≥ 98% delle lettere di dimissione firmate digitalmente	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	5%	5%		SOSD controllo di gestione

## O - Altre progettualità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
100 Copertura turni di guardia conseguenti all'attività chirurgica svolta a favore di pazienti in carico ad altri Enti del SSR	N.ro turni di guardia svolti	copertura del 100% di turni programmati				X	
101 Garantire l'attività chirurgica a favore di pazienti in carico ad altri Enti del SSR nel periodo marzo aprile	N.ro interventi svolti	esecuzione entro i tempi richiesti, del 100% degli interventi chirurgici programmati				X	

102

Assicurare l'attività chirurgica nell'ambito del piano di recupero regionale delle attività post covid stabilito dalla regione

garantire l'attività richiesta

relazione del direttore f.f. in merito all'attività svolta

117

Utilizzo della ricetta dematerializzata di specialistica e farmaceutica

percentuale di ricette dematerializzate sul totale delle ricette

90% sul totale delle ricette entro il 31/12/2021

SOSD controllo di gestione

100%

100%

SCHEDA DI BUDGET 2021 - SOC CHIRURGIA ONCOLOGICA GINECOLOGICA - DIRIGENZA

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio

- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

A - Attività di sala operatoria

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<p><b>43</b></p> <p>Riconoscimento delle modalità di pianificazione operativa, funzionamento giornaliero, orario giorn/sett, ore/gg e disponibilità delle sale, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo</p>	<p>- Presentazione alla Direzione Centrale Salute e a ARCS entro il 15/03/2021 da parte degli Enti di relazione su ipotesi riorganizzativa funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2021;</p> <p>- n. di audit per la valutazione dei setting assistenziali dei pazienti chirurgici.</p>	<p>- entro il 15.03</p> <p>- almeno 1</p>	<p>I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%</p>	<p>5%</p>	<p>5%</p>	<p></p>	<p>direzione sanitaria</p>
<p><b>44</b></p> <p>revisione del regolamento di sala operatoria approvato con delibera n. 178/2011</p>	<p>predisposizione nuovo regolamento</p>	<p>invio proposta alla direzione sanitaria entro il 30 settembre</p>	<p>Obiettivo condiviso tra le strutture di chirurgia e di anestesia. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0</p>	<p>20%</p>	<p>15%</p>	<p></p>	<p>direzione sanitaria</p>
<p><b>45</b></p> <p>migliorare la base informativa dell'attività chirurgica</p>	<p>Completezza dei campi presenti nel registro operatorio e gestione informatizzata del processo di programmazione delle sedute: fascia contrattuale sala tempo fasi (anestesiologico, permanenza blocco) blocco ASA tipo anestesia ICD 9 tipologia intervento timing ora inizio ora fine chiusura intervento</p>	<p>completezza dei campi (per quanto di competenza) in almeno il 90% degli interventi</p>	<p>Il monitoraggio verrà effettuato nell'ultimo trimestre 2021. La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e &lt; 95% = in proporzione all'intervallo &lt;50% = 0%.</p>	<p>5%</p>	<p>10%</p>	<p></p>	<p>SOSD controllo di gestione</p>

rispetto dell'orario di inizio dell'attività di sala operatoria

% interventi che rispettano l'orario di inizio previsto nel regolamento vigente

≥ 90% nell'ultimo trimestre

I risultati vengono valutati come segue:  
se il risultato è sì = 100%  
se il risultato è no = 0%

5%

5%



direzione  
sanitaria/sosd  
controllo di gestione

## B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
35 Ripristino dei volumi relativi agli interventi chirurgici oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa ai livelli registrati nel periodo giugno-dicembre 2019	Volumi specifici per interventi chirurgici monitorati per i tempi d'attesa ≥ volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: SDO)	periodo: giugno-dicembre 2019: Interventi utero: n. 65	Qualora il singolo target non venga raggiunto, la struttura dovrà garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in almeno il 90% dei casi (valutazione effettuata nel 4° trimestre). L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei 3 target	5%	5%	<input type="checkbox"/>	SOSD controllo di gestione
36 Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa ai livelli registrati nell'anno 2019	Volumi specifici per prestazioni monitorate per i tempi d'attesa ≥ volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: SIASA) – vengono escluse le prestazioni che nel 2019 hanno registrato un volume < 20. Qualora il volume non sia raggiunto l'Azienda deve garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in almeno il 90% dei casi (valutazione effettuata nel 4° trimestre)	1. numero visite ginecologiche giugno-dicembre: n. 413 2. numero visite ginecologiche gennaio-maggio: ≥ gennaio-maggio 2019	1. Qualora il singolo target non venga raggiunto, la struttura dovrà garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in almeno il 90% dei casi (valutazione effettuata nel 4° trimestre). L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei 2 target 2. La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%. Il primo target pesa per il 60% mentre il secondo target pesa per il 40%.	5%	5%	<input type="checkbox"/>	SOSD controllo di gestione

## C - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
39 Mantenimento produzione scientifica: Impact Factor	1. Impact factor grezzo frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati 2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati	1. > media impact factor grezzo frazionato 2018-2020 relativo agli articoli pubblicati e comunque non superiore alla media del triennio della chirurgia; 2. > impact factor normalizzato frazionato anno 2020 relativo agli articoli pubblicati e comunque non superiore alla media del triennio della chirurgia.	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%	<input type="checkbox"/>	direzione scientifica



40

**Mantenimento produzione scientifica: Numero pubblicazioni**

1. Numero delle pubblicazioni anno 2021 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)  
2. Numero pubblicazioni con I.F.  $\geq 3$  (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)

**1. > media numero pubblicazioni anni 2018-2020 (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%

direzione scientifica

**D - Progettualità regionali**

OBIETTIVO

INDICATORI/ATTIVITA'

TARGET

CRITERI VALUTAZIONE

PESI INCENTIVAZIONE

RESPONSABILE DEL DATO

responsabile    dirigenza    altri sistemi di incentivazione

50

**controlli di appropriatezza del setting assistenziale dell'attività di ricovero**

2 monitoraggi semestrali con criteri di campionatura usati per il monitoraggio regionale

 $\geq 95\%$ 

La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue:  
 $\geq 95\% = 100\%$   
 $\geq 50\% \text{ e } < 95\% = \text{in proporzione all'intervallo}$   
 $< 50\% = 0\%$

5%

5%

direzione sanitaria

**E - Screening**

OBIETTIVO

INDICATORI/ATTIVITA'

TARGET

CRITERI VALUTAZIONE

PESI INCENTIVAZIONE

RESPONSABILE DEL DATO

responsabile    dirigenza    altri sistemi di incentivazione

122

**screening cervice uterina**

Applicazione protocollo per la gestione clinica del secondo livello dello screening cervicale redatto dal CRO e adottato da tutte le Aziende nel corso del 2020

**il protocollo è applicato secondo le indicazioni della regione**

invio alla direzione dei monitoraggi utili alla rendicontazione dell'attività alla regione.

referente aziendale screening cervice uterina

## F - Tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>41</b> <b>Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili</b>	1. garantire il rispetto dei tempi di attesa della visita ginecologica per le priorità: - priorità B - priorità D 2. garantire i tempi di attesa dell'erogazione dei ricoveri elettivi oncologici	<b>1. ≥ 90% priorità B</b> <b>≥ 90% priorità D</b> <b>2. ≥ 90%</b>	1. La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: PRIORITA' B: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0% PRIORITA' D: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0% Il target complessivo verrà valutato come media del raggiungimento dei risultati della priorità B e D. 2. La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0% L'obiettivo complessivo verrà valutato come media del raggiungimento dei due target.	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	direzione generale

## I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>34</b> <b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b>	condivisione degli obiettivi di budget 2021	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione della scheda firmata da tutti i collaboratori entro il mese successivo dall'adozione della delibera di approvazione budget</b>	I risultati vengono valutati 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"/>	SOSD controllo di gestione
<b>47</b> <b>analisi dei profili prescrittivi ambulatoriali più frequenti per patologia</b>	predisposizione proposta di profili per validazione della direzione	<b>invio alla direzione sanitaria entro il 31.10</b>	viene riconosciuta una franchigia di 15 giorni.	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	direzione sanitaria

49

**percorso di performance anno 2021**

individuazione obiettivi correlati alla performance individuale dirigenza 2021

**trasmissione alla SOSD controllo di gestione della scheda con l'individuazione degli obiettivi entro un mese dal ricevimento della stessa**

I risultati vengono valutati come segue:  
se il risultato è sì = 100%  
se il risultato è no = 0%

5%

SOSD controllo di gestione

75

**Cartella clinica**

1. partecipazione attiva al tavolo di lavoro con la direzione per la definizione del contenuto della cartella clinica  
2. utilizzo della nuova cartella per i nuovi pazienti

**1. entro il 31.10  
2. entro il 30.11**

il monitoraggio sull'utilizzo della nuova cartella verrà effettuato sulle cartelle aperte nel mese di dicembre

5%

direzione sanitaria

## L - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO

INDICATORI/ATTIVITA'

TARGET

CRITERI VALUTAZIONE

PESI INCENTIVAZIONE

RESPONSABILE DEL DATO

responsabile

dirigenza

altri sistemi di incentivazione

48

**Contenimento consumi prodotti sanitari delle tre chirurgie**

rispetto del vincolo regionale

**≤ valore anno 2020 - 3% (€ 1.850.000)**

Il valore assegnato a budget è stato determinato tenendo conto dei vincoli regionali e dell'obiettivo assegnato alle chirurgie in termini di volumi di attività. L'incremento di attività potrà comportare un aumento del consumo di prodotti sanitari nel rispetto dei vincoli regionali e proporzionale all'incremento dei volumi. Potranno essere valutati eventuali scostamenti minimi in termini di valore assoluto.

10%

SOSD controllo di gestione

## N - Sistemi informativi

OBIETTIVO

INDICATORI/ATTIVITA'

TARGET

CRITERI VALUTAZIONE

PESI INCENTIVAZIONE

RESPONSABILE DEL DATO

responsabile

dirigenza

altri sistemi di incentivazione

46

**Firma digitale referti (specialistica, radiologia, analisi chimico cliniche, anatomia patologica), lettere di dimissione**

1. % referti ambulatoriali per interni ed esterni firmati digitalmente  
2. % lettere di dimissione firmate digitalmente

**1. ≥ 98% dei referti ambulatoriali per interni ed esterni firmati digitalmente  
2. ≥ 98% delle lettere di dimissione firmate digitalmente**

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

5%

SOSD controllo di gestione



SCHEDA DI BUDGET 2021 - SOC CHIRURGIA ONCOLOGICA DEL SENO - DIRIGENZA

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio

- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

A - Attività di sala operatoria

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<p><b>25</b></p> <p>Ricognizione delle modalità di pianificazione operativa, funzionamento giornaliero, orario giorn/sett, ore/gg e disponibilità delle sale, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo</p>	<p>- Presentazione alla Direzione Centrale Salute e a ARCS entro il 15/03/2021 da parte degli Enti di relazione su ipotesi riorganizzativa funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2021;</p> <p>- n. di audit per la valutazione dei setting assistenziali dei pazienti chirurgici.</p>	<p>- entro il 15.03</p> <p>- almeno 1</p>	<p>I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%</p>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	<p>direzione sanitaria</p>
<p><b>27</b></p> <p>revisione del regolamento di sala operatoria approvato con delibera n. 178/2011</p>	<p>predisposizione nuovo regolamento</p>	<p>invio proposta alla direzione sanitaria entro il 30 settembre</p>	<p>Obiettivo condiviso tra le strutture di chirurgia e di anestesia. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%.</p>	<input type="text" value="15%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	<p>direzione sanitaria</p>
<p><b>28</b></p> <p>migliorare la base informativa dell'attività chirurgica</p>	<p>Completezza dei campi presenti nel registro operatorio e gestione informatizzata del processo di programmazione delle sedute: fascia contrattuale sala tempo fasi (anestesiologico, permanenza blocco) blocco ASA tipo anestesia ICD 9 tipologia intervento timing ora inizio ora fine chiusura intervento</p>	<p>completezza dei campi (per quanto di competenza) in almeno il 90% degli interventi</p>	<p>Il monitoraggio verrà effettuato nell'ultimo trimestre 2021. La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e &lt; 95% = in proporzione all'intervallo &lt;50% = 0%.</p>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	<p>SOSD controllo di gestione</p>

rispetto dell'orario di inizio dell'attività di sala operatoria

% interventi che rispettano l'orario di inizio previsto nel regolamento vigente

≥ 90% nell'ultimo trimestre

I risultati vengono valutati come segue:  
se il risultato è sì = 100%  
se il risultato è no = 0%

5%

5%

direzione  
sanitaria/sosd  
controllo di gestione

## B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
18 Ripristino dei volumi relativi agli interventi chirurgici oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa ai livelli registrati nel periodo giugno-dicembre 2019	Volumi specifici per interventi chirurgici monitorati per i tempi d'attesa ≥ volumi registrati nell'anno 2019 (Fonte: SDO)	periodo: giugno-dicembre 2019: Interventi mammella: n. 250	Qualora il singolo target non venga raggiunto, la struttura dovrà garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in almeno il 90% dei casi (valutazione effettuata nel 4° trimestre). L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei 3 target	5%	5%		SOSD controllo di gestione
19 Mantenimento dei volumi dell'attività ambulatoriale anno 2019	numero prestazioni ambulatoriali	≥ valori 2019	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

## C - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
22 Mantenimento produzione scientifica: Impact Factor	1. Impact factor grezzo frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati 2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati	1. > media impact factor grezzo frazionato 2018-2020 relativo agli articoli pubblicati 2. > impact factor normalizzato frazionato anno 2020 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%		direzione scientifica
23 Mantenimento produzione scientifica: Numero pubblicazioni	1. Numero delle pubblicazioni anno 2021 (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 2018-2020 (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%		direzione scientifica

## D - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>33</b> <b>controlli di appropriatezza del setting assistenziale dell'attività di ricovero</b>	2 monitoraggi semestrali con criteri di campionatura usati per il monitoraggio regionale	≥ 95%	La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo < 50% = 0%	5%	5%	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria

## E - Screening

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>114</b> <b>Screening mammografico</b>	1. % dei casi con tempo tra test di screening e intervento inferiore o uguale 60gg 2. Tempo medio giorni tra data indicazione clinica (data esito positivo II liv) e intervento chirurgico	1. ≥ 95% 2. ≤ 30 gg	1.2. 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"/>	<input type="checkbox"/>	referente aziendale screening mammografico

## F - Tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>24</b> <b>Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili</b>	garantire i tempi di attesa dell'erogazione dei ricoveri elettivi oncologici	≥ 90%	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.	5%	10%	<input type="checkbox"/>	direzione generale

## I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>26</b> Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori	condivisione degli obiettivi di budget 2021	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione della scheda firmata da tutti i collaboratori entro il mese successivo dall'adozione della delibera di approvazione budget</b>	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"/>	SOSD controllo di gestione
<b>30</b> analisi dei profili prescrittivi ambulatoriali più frequenti per patologia	predisposizione proposta di profili per validazione della direzione	<b>invio alla direzione sanitaria entro il 31.10</b>	viene riconosciuta una franchigia di 15 giorni.	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	direzione sanitaria
<b>32</b> percorso di performance anno 2021	individuazione obiettivi correlati alla performance individuale dirigenza 2021	<b>trasmissione alla SOSD controllo di gestione della scheda con l'individuazione degli obiettivi entro un mese dal ricevimento della stessa</b>	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"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione
<b>74</b> Cartella clinica	1. partecipazione attiva al tavolo di lavoro con la direzione per la definizione del contenuto della cartella clinica 2. utilizzo della nuova cartella per i nuovi pazienti	<b>1. entro il 31.10 2. entro il 30.11</b>	il monitoraggio sull'utilizzo della nuova cartella verrà effettuato sulle cartelle aperte nel mese di dicembre	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	direzione sanitaria
<b>684</b> Accreditamento della Breast Unit secondo lo standard EUSOMA	Rinnovo dell'accREDITAMENTO della Breast Unit: 1.Preparazione alla visita di accreditamento 2.Accoglimento della visita di accreditamento 3.Predisposizione dell'eventuale piano di miglioramento e altri adempimenti post visita richiesti da BCCert	<b>conseguimento accreditamento e superamento non conformità</b>	I risultati vengono valutati 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"/>	direzione sanitaria



## L - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
31 Contenimento consumi prodotti sanitari delle tre chirurgie	rispetto del vincolo regionale	≤ valore anno 2020 - 3% (€ 1.850.000)	Il valore assegnato a budget è stato determinato tenendo conto dei vincoli regionali e dell'obiettivo assegnato alle chirurgie in termini di volumi di attività. L'incremento di attività potrà comportare un aumento del consumo di prodotti sanitari nel rispetto dei vincoli regionali e proporzionale all'incremento dei volumi. Potranno essere valutati eventuali scostamenti minimi in termini di valore assoluto.	10%	10%		SOSD controllo di gestione

## N - Sistemi informativi

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
29 Firma digitale referti (specialistica, radiologia, analisi chimico cliniche, anatomia patologica), lettere di dimissione	1. % referti ambulatoriali per interni ed esterni firmati digitalmente 2. % lettere di dimissione firmate digitalmente	1. ≥ 98% dei referti ambulatoriali per interni ed esterni firmati digitalmente 2. ≥ 98% delle lettere di dimissione firmate digitalmente	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	5%	5%		SOSD controllo di gestione

## O - Altre progettualità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
103 copertura turni di guardia conseguenti all'attività chirurgica svolta a favore di pazienti in carico ad altri Enti del SSR	N.ro turni di guardia svolti	copertura del 100% di turni programmati				X	
104 Garantire l'attività chirurgica a favore di pazienti in carico ad altri Enti del SSR	N.ro interventi svolti	esecuzione entro i tempi richiesti, del 100% degli interventi chirurgici programmati				X	

Utilizzo della ricetta  
dematerializzata di  
specialistica e farmaceutica

percentuale di ricette dematerializzate sul totale delle  
ricette

**90% sul totale delle ricette entro il  
31/12/2021**



SOSD controllo di  
gestione

100%

100%

SCHEDA DI BUDGET 2021 - SOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - DIRIGENZA

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

A - Attività di sala operatoria

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<p><b>57</b></p> <p>Ricognizione delle modalità di pianificazione operativa, funzionamento giornaliero, orario giorn/sett, ore/gg e disponibilità delle sale, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo</p>	<p>- Presentazione alla Direzione Centrale Salute e a ARCS entro il 15/03/2021 da parte degli Enti di relazione su ipotesi riorganizzativa funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2021;</p>	<p>- entro il 15.03</p>	<p>I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%</p>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	<p>direzione sanitaria</p>
<p><b>58</b></p> <p>revisione del regolamento di sala operatoria approvato con delibera n. 178/2011</p>	<p>predisposizione nuovo regolamento</p>	<p>invio proposta alla direzione sanitaria entro il 30 settembre</p>	<p>Obiettivo condiviso tra le strutture di chirurgia e di anestesia. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%.</p>	<input type="text" value="20%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	<p>direzione sanitaria</p>
<p><b>59</b></p> <p>migliorare la base informativa dell'attività chirurgica</p>	<p>Completezza dei campi presenti nel registro operatorio e gestione informatizzata del processo di programmazione delle sedute: fascia contrattuale sala tempo fasi (anestesiologico, permanenza blocco) blocco ASA tipo anestesia ICD 9 tipologia intervento timing ora inizio ora fine chiusura intervento</p>	<p>completezza dei campi (per quanto di competenza) in almeno il 90% degli interventi</p>	<p>Il monitoraggio verrà effettuato nell'ultimo trimestre 2021. La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e &lt; 95% = in proporzione all'intervallo &lt;50% = 0%.</p>	<input type="text" value="15%"/>	<input type="text" value="20%"/>	<input type="text"/>	<p>SOSD controllo di gestione</p>

113

rispetto dell'orario di inizio dell'attività di sala operatoria

% interventi che rispettano l'orario di inizio previsto nel regolamento vigente

≥ 90% nell'ultimo trimestre

I risultati vengono valutati come segue:  
se il risultato è sì = 100%  
se il risultato è no = 0%

5%

5%

direzione  
sanitaria/sosd  
controllo di gestione

## B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
52 volumi dell'attività ambulatoriale anno 2019	numero prestazioni ambulatoriali	≥ 3.000 (esclusa l'attività di gestione infermieristica dei cateteri)	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.	10%	20%		SOSD controllo di gestione

## C - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
55 Mantenimento produzione scientifica: Impact Factor	1. Impact factor grezzo frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati 2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati	1. > media impact factor grezzo frazionato 2018-2020 relativo agli articoli pubblicati 2. > impact factor normalizzato frazionato anno 2020 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%		direzione scientifica
56 Mantenimento produzione scientifica: Numero pubblicazioni	1. Numero delle pubblicazioni anno 2021 (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 2018-2020 (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%		direzione scientifica

## I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>51</b> Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori	condivisione degli obiettivi di budget 2021	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione della scheda firmata da tutti i collaboratori entro il mese successivo dall'adozione della delibera di approvazione budget</b>	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"/>	SOSD controllo di gestione
<b>62</b> percorso di performance anno 2021	individuazione obiettivi correlati alla performance individuale dirigenza 2021	<b>trasmissione alla SOSD controllo di gestione della scheda con l'individuazione degli obiettivi entro un mese dal ricevimento della stessa</b>	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"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione
<b>76</b> Cartella clinica	1. partecipazione attiva al tavolo di lavoro con la direzione per la definizione del contenuto della cartella clinica 2. utilizzo della nuova cartella per i nuovi pazienti	<b>1. entro il 31.10 2. entro il 30.11</b>	il monitoraggio sull'utilizzo della nuova cartella verrà effettuato sulle cartelle aperte nel mese di dicembre	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	direzione sanitaria
<b>682</b> Analisi dei profili prescrittivi ambulatoriali più frequenti per patologia	predisposizione proposta di profili per validazione della direzione	<b>invio alla direzione sanitaria entro il 31.10</b>	viene riconosciuta una franchigia di 15 giorni.	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	direzione sanitaria

## L - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>61</b> Contenimento consumi prodotti sanitari	rispetto del vincolo regionale	<b>≤ valore anno 2019</b>	Il valore assegnato è stato assegnato tenendo conto dei vincoli regionali e dell'obiettivo assegnato in termini di volumi di attività. L'incremento di attività potrà comportare un aumento del consumo di prodotti sanitari nel rispetto dei vincoli regionali e proporzionale all'incremento dei volumi. Potranno essere valutati eventuali scostamenti minimi in termini di valore assoluto.	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione

## N - Sistemi informativi

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>60</b> <b>Firma digitale referti (specialistica, radiologia, analisi chimico cliniche, anatomia patologica), lettere di dimissione</b>	1. % referti ambulatoriali per interni ed esterni firmati digitalmente 2. % lettere di dimissione firmate digitalmente	<b>1. ≥ 98% dei referti ambulatoriali per interni ed esterni firmati digitalmente</b> <b>2. ≥ 98% delle lettere di dimissione firmate digitalmente</b>	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	5%	5%		SOSD controllo di gestione

## O - Altre progettualità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>107</b> <b>Garantire il supporto anestesiológico ai fini dell'attività chirurgica a favore di pazienti in carico ad altri Enti del SSR</b>	N.ro interventi svolti	<b>esecuzione entro i tempi richiesti, del 100% degli interventi chirurgici programmati</b>			X		
<b>108</b> <b>Garantire l'assistenza di tipo intensivo a favore di pazienti (negativizzati) provenienti da altri Enti</b>	N.ro richieste di accoglimento pazienti	<b>sono soddisfatte tutte le richieste di accoglimento dei pazienti provenienti da altri Enti</b>			X		
<b>109</b> <b>Garantire il supporto anestesiológico per l'attività chirurgica nell'ambito del piano di recupero regionale delle attività post covid stabilito dalla regione</b>	garantire l'attività richiesta	<b>relazione del direttore in merito all'attività svolta</b>			X		
				100%	100%		

SCHEDA DI BUDGET 2021 - SOSD MEDICINA DEL DOLORE CLINICA E SPERIMENTALE - DIRIGENZA

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>63</b> volumi dell'attività ambulatoriale anno 2019	numero prestazioni ambulatoriali	≥ 2.180	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.	<input type="text" value="25%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione
<b>68</b> Rete cure palliative e terapia del dolore: piattaforma ditelemedicina/teleassistenza	Utilizzo, per le prestazioni autorizzate (es. "controllo algologico"), delle piattaforme di telemedicina acquisite nel 2020	≥ 5% delle prestazioni eleggibili	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.	<input type="text" value="15%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	direzione generale

C - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>65</b> Mantenimento produzione scientifica: Impact Factor	1. Impact factor grezzo frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati 2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati	<b>1. &gt; media impact factor grezzo frazionato 2018-2020 relativo agli articoli pubblicati</b> <b>2. &gt; impact factor normalizzato frazionato anno 2020 relativo agli articoli pubblicati</b>	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%	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	direzione scientifica
<b>66</b> Mantenimento produzione scientifica: Numero pubblicazioni	1. Numero delle pubblicazioni anno 2021 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 2. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 3 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	<b>1. &gt; media numero pubblicazioni anni 2018-2020 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)</b> <b>2. Almeno 1</b>	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.	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	direzione scientifica

## D - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>72</b> garantire la collaborazione con ASFO nell'ambito delle visite domiciliari	è garantita la collaborazione	evidenza della collaborazione	Relazione del responsabile con l'evidenza dell'attività svolta	10%			SOSD controllo di gestione

## F - Tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>67</b> Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	garantire i tempi di attesa dell'erogazione della prima visita algologica per ogni classe di priorità in caso di richiesta appropriata	≥ 90%	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.	15%			direzione generale

## I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>683</b> Analisi dei profili prescrittivi ambulatoriali più frequenti per patologia	predisposizione proposta di profili per validazione della direzione	invio alla direzione sanitaria entro il 31.10	viene riconosciuta una franchigia di 15 giorni.	5%			direzione sanitaria
<b>706</b> Cartella clinica	1. partecipazione attiva al tavolo di lavoro con la direzione per la definizione del contenuto della cartella clinica 2. utilizzo della nuova cartella per i nuovi pazienti	1. entro il 31.10 2. entro il 30.11	il monitoraggio sull'utilizzo della nuova cartella verrà effettuato sulle cartelle aperte nel mese di dicembre	5%			direzione sanitaria



## L - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>71</b> Contenimento consumi prodotti sanitari	rispetto del vincolo regionale	≤ valore anno 2019	Il valore assegnato è stato assegnato tenendo conto dei vincoli regionali e dell'obiettivo assegnato in termini di volumi di attività. L'incremento di attività potrà comportare un aumento del consumo di prodotti sanitari nel rispetto dei vincoli regionali e proporzionale all'incremento dei volumi. Potranno essere valutati eventuali scostamenti minimi in termini di valore assoluto.	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione

## N - Sistemi informativi

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>70</b> Firma digitale referti (specialistica, radiologia, analisi chimico cliniche, anatomia patologica), lettere di dimissione	% referti ambulatoriali per interni ed esterni firmati digitalmente	1. ≥ 98% dei referti ambulatoriali per interni ed esterni firmati digitalmente 2. ≥ 98% delle lettere di dimissione firmate digitalmente	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="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione

## O - Altre progettualità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>125</b> Garantire il supporto anestesiológico ai fini dell'attività chirurgica a favore di pazienti in carico ad altri Enti del SSR	N.ro interventi svolti	esecuzione entro i tempi richiesti, del 100% degli interventi chirurgici programmati		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="x"/>	
<b>126</b> Garantire l'assistenza di tipo intensivo a favore di pazienti (negativizzati) provenienti da altri Enti	N.ro richieste di accoglimento pazienti	sono soddisfatte tutte le richieste di accoglimento dei pazienti provenienti da altri Enti		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="x"/>	

Garantire il supporto  
anestesiologico per l'attività  
chirurgica nell'ambito del  
piano di recupero regionale  
delle attività post COVID  
stabilito dalla regione

garantire l'attività richiesta

relazione del direttore f.f. in  
merito all'attività svolta

		x
--	--	---

---

100%	
------	--

SCHEDA DI BUDGET 2021 - DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA CHIRURGICA - COMPARTO

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

A - Attività di sala operatoria

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				incarichi di coordinamento	altro personale	altri sistemi di incentivazione	
<b>685</b> revisione del regolamento di sala operatoria approvato con delibera n. 178/2011	predisposizione nuovo regolamento	<b>invio proposta alla direzione sanitaria entro il 30 settembre</b>	Obiettivo condiviso con il personale dirigente delle strutture di chirurgia e di anestesia. 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"/>	direzione sanitaria
<b>691</b> Migliorare la base informativa dell'attività chirurgica	Completezza dei campi presenti nel registro operatorio e gestione informatizzata del processo di programmazione delle sedute: fascia contrattuale sala tempo fasi (anestesiologico, permanenza blocco) blocco ASA tipo anestesia ICD 9 tipologia intervento timing ora inizio ora fine chiusura intervento	<b>completezza dei campi (per quanto di competenza) in almeno il 90% degli interventi</b>	Il monitoraggio verrà effettuato nell'ultimo trimestre 2021. La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione

D - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				incarichi di coordinamento	altro personale	altri sistemi di incentivazione	
<b>687</b> Superamento della contenzione come previsto dalla D.G.R. n. 1904/2016	partecipazione alla formazione specifica sul tema	<b>entro il 31.12</b>	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="10%"/>	<input type="text"/>	direzione sanitaria

689

<b>applicazione bundle</b>	adesione ai bundle individuati dalla direzione con specifica nota formale	<b>rispetto dei criteri stabiliti dalla direzione con specifica nota formale</b>	L'obiettivo sarà valutato nel secondo semestre con analisi campionaria secondo i criteri di valutazione individuati dalla direzione La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 80% = 100% ≥ 60% e < 80% = in proporzione all'intervallo <60% = 0%.	20%	30%		direzione sanitaria
----------------------------	---	--	---	-----	-----	--	---------------------

## I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				incarichi di coordinamento	altro personale	altri sistemi di incentivazione	
<b>686</b> <b>nuovo piano dietetico regionale</b>	1. condivisione tra il dietista ed i coordinatori delle degenze del nuovo piano regionale 2. revisione del piano delle degenze mediche e chirurgiche	<b>1. riunione entro il 30.09</b> <b>2. entro il 31.12 invio del documento revisionato alla direzione sanitaria</b>	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	5%	15%		direzione sanitaria
<b>688</b> <b>job description del comparto sanitario e tecnico (OSS) del dipartimento</b>	produzione della job	<b>invio alla direzione sanitaria entro il 31.12</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	25%	5%		SOSD direzione professioni sanitarie
<b>692</b> <b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b>	condivisione degli obiettivi di budget 2021	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione della scheda firmata da tutti i collaboratori entro il mese successivo dall'adozione della delibera di approvazione</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%		SOSD controllo di gestione
<b>693</b> <b>Accreditamento della Breast Unit secondo lo standard EUSOMA</b>	Rinnovo dell'accREDITAMENTO della Breast Unit: 1.Preparazione alla visita di accREDITAMENTO 2.Accogliamento della visita di accREDITAMENTO 3.Predisposizione dell'eventuale piano di miglioramento e altri adempimenti post visita richiesti da BCCert	<b>conseguimento accREDITAMENTO e superamento non conformità</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%		direzione sanitaria
<b>694</b> <b>accoglienza pazienti oncologici medici in degenze quarto piano</b>	1. condivisione dei criteri di pazienti 2. produzione istruzione operativa 3. numero accolti/numero richieste	<b>1. entro il 30.06</b> <b>2. entro il 15.07</b> <b>3. 90% dal 15.07-31.12</b>	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	20%	10%		SOSD direzione professioni sanitarie

**costituzione di un team dedicato alla gestione dell'ambulatorio per gli accessi vascolari**

1. predisposizione del progetto
2. almeno 15 pazienti arruolati per posizionamento pic eseguiti da infermieri impiantatori

**1. entro il 15 luglio invio del documento alla direzione sanitaria**  
**2. da luglio a dicembre**

I risultati vengono valutati come segue:

1. se il risultato è sì = 100%  
se il risultato è no = 0%
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 due target

5%

10%



direzione sanitaria

100%

100%

SCHEDA DI BUDGET 2021 - SOC ONCOLOGIA RADIOTERAPICA - DIRIGENZA

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

C - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>448</b> <b>Mantenimento produzione scientifica: Impact Factor</b>	1. Impact factor grezzo frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati 2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati	<b>1. &gt; media impact factor grezzo frazionato 2018-2020 relativo agli articoli pubblicati</b> <b>2. &gt; impact factor normalizzato frazionato anno 2020 relativo agli articoli pubblicati</b>	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%		direzione scientifica
<b>449</b> <b>Mantenimento produzione scientifica: Numero pubblicazioni</b>	1. Numero delle pubblicazioni anno 2021 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 2. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 3 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	<b>1. &gt; media numero pubblicazioni anni 2018-2020 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)</b> <b>2. Almeno 1</b>	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%		direzione scientifica

F - Tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>445</b> <b>Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per le prestazioni</b>	Tempo di attesa (intervallo tra fine contouring ed inizio trattamento)	<b>Almeno 90% entro 30 gg per le patologie capo collo, gastrointestinali e cerebrali</b>	La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue: ≥ 90% = 100% ≥ 50% e < 90% = in proporzione all'intervallo < 50% = 0%	5%	5%		struttura di radioterapia

## I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
442 <b>Accreditamento della Breast Unit secondo lo standard EUSOMA</b>	Rinnovo dell'accREDITAMENTO della Breast Unit: 1.Preparazione alla visita di accREDITAMENTO 2.AccogliMento della visita di accREDITAMENTO 3.Predisposizione dell'eventuale piano di miglioramento e altri adempimenti post visita richiesti da BCCert	<b>conseguimento accREDITAMENTO e superamento non conformità</b>	I risultati vengono valutati 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"/>	direzione sanitaria
443 <b>cartella clinica</b>	1. partecipazione attiva al tavolo di lavoro con la direzione per la definizione del contenuto della cartella clinica 2. utilizzo della nuova cartella per i nuovi pazienti	<b>1. entro il 31.10 2. entro il 30.11</b>	il monitoraggio sull'utilizzo della nuova cartella verrà effettuato sulle cartelle aperte nel mese di dicembre	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	direzione sanitaria
444 <b>percorso amministrativo del paziente che necessita di rt</b>	definizione e attuazione del percorso	<b>entro il mese di settembre</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione
447 <b>analisi appropriatezza prescrittiva farmaci</b>	partecipazione attiva ai gruppi di lavoro organizzati dalla direzione	<b>partecipazione alle riunioni con cadenza bimestrale a partire da settembre</b>	I risultati vengono valutati 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"/>	direzione sanitaria
452 <b>Firma digitale referti (specialistica, radiologia, analisi chimico cliniche, anatomia patologica), lettere di dimissione</b>	1. % referti ambulatoriali per interni ed esterni firmati digitalmente 2. % lettere di dimissione firmate digitalmente	<b>1. ≥ 98% dei referti ambulatoriali per interni ed esterni firmati digitalmente 2. ≥ 98% delle lettere di dimissione firmate digitalmente</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto come media del raggiungimento dei singoli target	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione
453 <b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b>	condivisione degli obiettivi di budget 2021	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione della scheda firmata da tutti i collaboratori entro il mese successivo dall'adozione della delibera di approvazione</b>	I risultati vengono valutati 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"/>	SOSD controllo di gestione

<b>454</b>	<b>percorso di performance anno 2021</b>	individuazione obiettivi correlati alla performance individuale dirigenza 2021	<b>trasmissione alla SOSD controllo di gestione della scheda con l'individuazione degli obiettivi entro un mese dal ricevimento della stessa</b>	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"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione
<b>455</b>	<b>progetto protoni</b>	identificare le tariffe dell'attività da presentare alla direzione	<b>invio proposta alla direzione entro il 31.12</b>	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" value="20%"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione
<b>461</b>	<b>Trattamento pazienti con neoplasia mammaria sinistra con tecnica BREATH HOLD</b>	numero pazienti trattati	≥ 5	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"/>	struttura di radioterapia
<b>524</b>	<b>Aggiornamento protocolli controlli di qualità e clinici ai sensi del D.Lgs. 101/20</b>	trasmissione delle versioni modificate alla SOSD controllo di gestione	<b>entro il 31.12.2021</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%.	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	SOC Fisica Sanitaria

## L - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO	
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione		
<b>450</b>	<b>Contenimento del consumo della farmaceutica ospedaliera</b>	rispetto del vincolo regionale	<b>rispetto dei vincoli regionali (farmaci oncologici ospedalieri ≤ valore 2020; altri farmaci ospedalieri ≤ valore 2020 - 3%)</b>	Il valore assegnato a budget è stato determinato tenendo conto dei vincoli regionali. L'incremento di attività potrà comportare un aumento del consumo nel rispetto dei vincoli regionali e proporzionale all'incremento dei volumi. Potranno essere valutati eventuali scostamenti minimi in termini di valore assoluto.	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione
<b>451</b>	<b>Contenimento consumi prodotti sanitari (esclusi farmaci)</b>	rispetto del vincolo regionale	<b>rispetto del vincolo regionale: ≤ valore anno 2020 - 3%</b>	Il valore assegnato a budget è stato determinato tenendo conto dei vincoli regionali. L'incremento di attività potrà comportare un aumento del consumo di prodotti sanitari nel rispetto dei vincoli regionali e proporzionale all'incremento dei volumi. Potranno essere valutati eventuali scostamenti minimi in termini di valore assoluto.	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione



## O - Altre progettualità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>446</b> Metodiche di centratura integrate TC/RM-PET IN RADIOTERAPIA	Programmazione del piano terapeutico RT con impiego di tecniche di acquisizione di immagini CT-PET, RMN in tempi consecutivi e in modalità identiche			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<b>456</b> Utilizzo della ricetta dematerializzata di specialistica e farmaceutica	% di ricette dematerializzate sul totale delle ricette	<b>90% sul totale delle ricette entro il 31/12/2021</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>457</b> Ricette dematerializzate non SSR	% di ricette non SSR dematerializzate	<b>Media del 50 % sui mesi in cui è attiva la ricetta non SSR dematerializzata entro il 31/12/2021</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>458</b> Piani terapeutici dematerializzati	% di piani terapeutici dematerializzati	<b>Media del 50% sui mesi in cui è attiva la firma digitale del piano terapeutico dematerializzato</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="text" value="100%"/>	<input type="text" value="100%"/>		

SCHEDA DI BUDGET 2021 - SOC FISICA SANITARIA - DIRIGENZA

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

C - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>517</b> <b>Mantenimento produzione scientifica: Impact Factor</b>	1. Impact factor grezzo frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati 2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati	<b>1. &gt; media impact factor grezzo frazionato 2018-2020 relativo agli articoli pubblicati</b> <b>2. &gt; impact factor normalizzato frazionato anno 2020 relativo agli articoli pubblicati</b>	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%	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	direzione scientifica
<b>518</b> <b>Mantenimento produzione scientifica: Numero pubblicazioni</b>	1. Numero delle pubblicazioni anno 2021 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 2. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 3 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	<b>1. &gt; media numero pubblicazioni anni 2018-2020 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)</b> <b>2. Almeno 1</b>	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.	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	direzione scientifica

F - Tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>676</b> <b>Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per le prestazioni</b>	Tempo di attesa (intervallo tra fine contouring ed inizio trattamento)	<b>Almeno 90% entro 30 gg per le patologie capo collo, gastrointestinali e cerebrali</b>	La percentuale di raggiungimento del target viene valutata come segue: ≥ 90% = 100% ≥ 50% e < 90% = in proporzione all'intervallo < 50% = 0%	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	struttura di radioterapia

## I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>519</b> Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori	condivisione degli obiettivi di budget 2021	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione della scheda firmata da tutti i collaboratori entro il mese successivo dall'adozione della delibera di approvazione</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%		SOSD controllo di gestione
<b>520</b> percorso di performance anno 2021	individuazione obiettivi correlati alla performance individuale dirigenza 2021	<b>trasmissione alla SOSD controllo di gestione della scheda con l'individuazione degli obiettivi entro un mese dal ricevimento della stessa</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%.	5%			SOSD controllo di gestione
<b>521</b> progetto protoni	identificare le tariffe dell'attività da presentare alla direzione	<b>invio proposta alla direzione entro il 31.12</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%.	15%	20%		SOSD controllo di gestione
<b>522</b> Aggiornamento pratiche nulla osta per quanto di competenza della struttura	invio alla direzione generale la documentazione	<b>entro il 31.12.2021</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%.	20%	20%		SOC Fisica Sanitaria
<b>523</b> Conclusione inserimento dato dosimetrico nel referto	invio documentazione con classi di dose al Responsabile impianto radiologico	<b>evidenza delle trasmissioni</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%.	20%	20%		SOC Fisica Sanitaria
<b>525</b> Attività di Radioembolizzazione con ittrio-90	1. Presentazione del Progetto 2. Arruolamento di pazienti	<b>1. entro il 30.06 2. ≥ 5</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%		struttura di medicina nucleare
<b>677</b> Accreditamento della Breast Unit secondo lo standard EUSOMA	Rinnovo dell'accREDITAMENTO della Breast Unit: 1.Preparazione alla visita di accREDITAMENTO 2.Accogliimento della visita di accREDITAMENTO 3.Predisposizione dell'eventuale piano di miglioramento e altri adempimenti post visita richiesti da BCCert	<b>conseguimento accREDITAMENTO e superamento non conformità</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%		direzione sanitaria

681

**Aggiornamento protocolli  
controlli di qualità e clinici ai  
sensi del D.Lgs. 101/20**

trasmissione delle versioni modificate alla SOSD  
controllo di gestione

**entro il 31.12.2021**

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

10%

10%

SOC Fisica Sanitaria

## O - Altre progettualità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
516	Metodiche di centratura integrate TC/RM-PET IN RADIOTERAPIA	Programmazione del piano terapeutico RT con impiego di tecniche di acquisizione di immagini CT-PET, RMN in tempi consecutivi e in modalità identiche				X	
				100%	100%		

SCHEDA DI BUDGET 2021 - SOC RADIOLOGIA ONCOLOGICA - DIRIGENZA

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<p><b>412</b></p> <p><b>Incremento del 4% dei volumi complessivi anno 2019 relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa.</b></p>	<p>numero prestazioni traccianti (fonte siasa) (escluse le prestazioni finanziate con altri sistemi di incentivazione)</p>	<p>≥ 13.100</p>	<p>1. La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue:                      ≥ 95% = 100%                      ≥ 50% e &lt; 95% = in proporzione all'intervallo                      &lt;50% = 0%.                      Qualora il target non venga raggiunto, verrà considerata la performance in termini di tempi di attesa.</p>	<p>10%</p>	<p>10%</p>	<p></p>	<p>SOSD controllo di gestione</p>

C - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<p><b>415</b></p> <p><b>Mantenimento produzione scientifica: Numero pubblicazioni</b></p>	<p>1. Numero delle pubblicazioni anno 2021 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)                      2. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 3 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)</p>	<p>1. &gt; media numero pubblicazioni anni 2018-2020 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)                      2. Almeno 1</p>	<p>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.</p>	<p>5%</p>	<p>5%</p>	<p></p>	<p>direzione scientifica</p>
<p><b>416</b></p> <p><b>Mantenimento produzione scientifica: Impact Factor</b></p>	<p>1. Impact factor grezzo frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati                      2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati</p>	<p>1. &gt; media impact factor grezzo frazionato 2018-2020 relativo agli articoli pubblicati                      2. &gt; impact factor normalizzato frazionato anno 2020 relativo agli articoli pubblicati</p>	<p>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%</p>	<p>5%</p>	<p>5%</p>	<p></p>	<p>direzione scientifica</p>

## D - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>413</b> Ricognizione modalità di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche finalizzata all'aumento dei tempi di utilizzo (orario giornaliero e settimanale, ore e giorni) per le prest. amb. e per interni e implementazione della riorganizzazione	predisposizione relazione su ipotesi riorganizzativa funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2021	<b>invio alla DCS e ARCS entro il 15.03</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	direzione sanitaria

## E - Screening

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>407</b> Screening mammella	% degli esami di approfondimento diagnostico eseguito dai radiologi formati	<b>≥100%</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione
<b>408</b> Screening mammella	Formazione del numero di radiologi identificati da ARCS (anche su richiesta delle Aziende) secondo il percorso formativo identificato a livello regionale	<b>è garantita la formazione</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>409</b> Screening mammografico	% dei casi con tempo di attesa per approfondimenti di secondo livello < = 20 gg da esito positivo della mammografia di primo livello	<b>≥80%</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>410</b> Screening mammografico	Percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente	<b>≥ 95%</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>411</b> Screening mammografico	percentuale di early recall (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica	<b>&lt; 10%</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione

## F - Tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>414</b> <b>Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili</b>	garantire il rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni traccianti per la priorità B	<b>≥ 90% per le singole prestazioni traccianti</b>	L'obiettivo verrà valutato come media del raggiungimento dei singoli target La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.	10%	15%		direzione generale

## I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>417</b> <b>integrazione con ASFO</b>	trasferimento della medicina nucleare da ASFO al CRO: omogeneità dell'offerta di prestazioni e multidisciplinarietà nell'approccio terapeutico	<b>1. trasferimento della funzione entro 01.04.2021</b> <b>2. revisione attività ecografica presso la sede cro: predisposizione documento entro il 31.12</b>	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	5%	5%		direzione sanitaria
<b>418</b> <b>Accreditamento della Breast Unit secondo lo standard EUSOMA</b>	Rinnovo dell'accreditamento della Breast Unit: 1.Preparazione alla visita di accreditamento 2.Accoglimento della visita di accreditamento 3.Predisposizione dell'eventuale piano di miglioramento e altri adempimenti post visita richiesti da BCCert	<b>conseguimento accreditamento e superamento non conformità</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%		direzione sanitaria
<b>422</b> <b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b>	condivisione degli obiettivi di budget 2021	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione della scheda firmata da tutti i collaboratori entro il mese successivo dall'adozione della delibera di approvazione</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%		SOSD controllo di gestione
<b>423</b> <b>strutturazione dell'offerta TAC per gli interni</b>	1. creazione delle agende in cup-web 2. implementazione delle agende	<b>1. entro il 31.10</b> <b>2. da novembre</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%.	10%	10%		direzione sanitaria

424

**percorso di performance anno 2021** individuazione obiettivi correlati alla performance individuale dirigenza 2021

**trasmissione alla SOSD controllo di gestione della scheda con l'individuazione degli obiettivi entro un mese dal ricevimento della stessa**

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

5%

SOSD controllo di gestione

459

**Attività di Radioembolizzazione con ittrio-90**  
1. Presentazione del Progetto  
2. Arruolamento di pazienti

**1. entro il 30.06  
2. ≥ 5**

I risultati vengono valutati come segue:  
se il risultato è sì = 100%  
se il risultato è no = 0%

5%

struttura di medicina nucleare

679

**Conclusione inserimento dato dosimetrico nel referto** invio documentazione con classi di dose al Responsabile impianto radiologico

**evidenza delle trasmissioni**

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

5%

SOC Fisica Sanitaria

## L - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
421 <b>Contenimento consumi prodotti sanitari</b>	rispetto del vincolo regionale	≤ valore anno 2020 - 3%	Il valore assegnato a budget è stato determinato tenendo conto dei vincoli regionali e dell'obiettivo assegnato in termini di volumi di attività. L'incremento di attività potrà comportare un aumento del consumo nel rispetto dei vincoli regionali in misura proporzionale all'incremento dei volumi. Potranno essere valutati eventuali scostamenti minimi in termini di valore assoluto.	10% <input type="checkbox"/>	10% <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD controllo di gestione

## O - Altre progettualità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
419 <b>Metodiche di centratura integrate TC/RM-PET IN RADIOTERAPIA</b>	Programmazione del piano terapeutico RT con impiego di tecniche di acquisizione di immagini CT-PET, RMN in tempi consecutivi e in modalità identiche			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
420 <b>Ricette dematerializzate specialistica farmaceutica e medici specialisti</b>	% di ricette dematerializzate	90% sul totale delle ricette entro il 31/12/2021		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



425

**Linea regionale PACS: Referto multimediale**

Il dispiegamento della soluzione sperimentata sarà completato in tutti i servizi di radiologia delle Aziende regionali entro 6 mesi dalla sostituzione del refertatore vocale

426

**Linea regionale PACS: Refertatore vocale**

Sostituzione, presso tutte le radiologie della regione, dell'attuale refertatore, ormai obsoleto e non più rispondente ai requisiti di sicurezza informatica.INSIEL presenta la soluzione tecnologica individuata entro il 28.02.2021 e concorderà entro il 31.03.2021 con la DCS, che si avvarrà del supporto di ARCS, il cronoprogramma delle sostituzioni con l'obiettivo di completarle entro giugno 2021. Le Aziende si attivano per agevolare il passaggio al nuovo refertatore secondo le date concordate.

427

**Linea regionale PACS: Adeguamento piattaforma di refertazione radiologica al D. Lgs.101/2020**

DCS nomina entro febbraio 2021 e, con l'eventuale supporto di ARCS, coordina un gruppo di lavoro con i referenti tecnici di INSIEL e con i referenti aziendali in materia di radioprotezione e di radiologia. Il gruppo di lavoro entro giugno 2021 individua le necessarie modifiche della piattaforma di refertazione radiologica per poter ottemperare a D. Lgs. 101/2020 e propone entro settembre 2021 un cronoprogramma di attività di sviluppo e implementazione.

100%

100%

SCHEDA DI BUDGET 2021 - SOC MEDICINA NUCLEARE - DIRIGENZA

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<p><b>428</b></p> <p>Ripristino dei volumi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa ai livelli registrati nel periodo giugno-dicembre 2019</p>	<p>Volumi specifici per prestazioni monitorate per i tempi d'attesa ≥ volumi registrati nel periodo giugno-dicembre 2019 (Fonte: SIASA) – vengono escluse le prestazioni che nel 2019 hanno registrato un volume &lt; 20.</p>	<p>prestazioni traccianti sede CRO giugno-dicembre 2021 ≥ valore giugno-dicembre 2019: - ecografia addome (superiore e completo): ≥ (633-49 rar) - diagnostica ecografica del capo e del collo: ≥ (508-34 rar)</p>	<p>Qualora il singolo target non venga raggiunto, la struttura dovrà garantire il rispetto dei tempi di attesa della specifica prestazione in almeno il 90% dei casi (valutazione effettuata nel 4° trimestre). L'obiettivo viene valutato come media del raggiungimento dei singoli target</p>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	<p>SOSD controllo di gestione</p>
<p><b>429</b></p> <p>Attività PET</p>	<p>numero di prestazioni PET per esterni e per interni</p>	<p>≥ 2019 (escluse pet incentivate nel 2019 con rar pari a n. 380)</p>	<p>La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e &lt; 95% = in proporzione all'intervallo &lt;50% = 0%.</p>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="15%"/>	<input type="text"/>	<p>SOSD controllo di gestione</p>
<p><b>430</b></p> <p>garantire l'attività della struttura presso la sede di Pordenone</p>	<p>numero di prestazioni previste nell'accordo di trasferimento della medicina nucleare da ASFO al CRO</p>	<p>mantenimento volumi maggio-dicembre 2019 (per le prestazioni individuate nell'accordo con ASFO).</p>	<p>La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e &lt; 95% = in proporzione all'intervallo &lt;50% = 0%.</p>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	<p>SOSD controllo di gestione</p>

C - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<p><b>433</b></p> <p>Mantenimento produzione scientifica: Numero pubblicazioni</p>	<p>1. Numero delle pubblicazioni anno 2021 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 2. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 3 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)</p>	<p>1. &gt; media numero pubblicazioni anni 2018-2020 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 2. Almeno 1</p>	<p>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.</p>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	<p>direzione scientifica</p>

434

**Mantenimento produzione scientifica: Impact Factor**

1. Impact factor grezzo frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati  
 2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati

**1. > media impact factor grezzo frazionato 2018-2020 relativo agli articoli pubblicati**  
**2. > impact factor normalizzato frazionato anno 2020 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%

direzione scientifica

**D - Progettualità regionali****OBIETTIVO****INDICATORI/ATTIVITA'****TARGET****CRITERI VALUTAZIONE****PESI INCENTIVAZIONE****RESPONSABILE DEL DATO**

responsabile    dirigenza    altri sistemi di incentivazione

431

**Ricognizione modalità di utilizzo delle apparecchiature diagnostiche finalizzata all'aumento dei tempi di utilizzo (orario giornaliero e settimanale, ore e giorni) per le prest. amb. e per interni e implementazione della riorganizzazione**

predisposizione relazione su ipotesi riorganizzativa funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2021

**invio alla DCS e ARCS entro il 15.03**

I risultati vengono valutati come segue:  
 se il risultato è sì = 100%  
 se il risultato è no = 0%

5%

5%

direzione sanitaria

**F - Tempi di attesa****OBIETTIVO****INDICATORI/ATTIVITA'****TARGET****CRITERI VALUTAZIONE****PESI INCENTIVAZIONE****RESPONSABILE DEL DATO**

responsabile    dirigenza    altri sistemi di incentivazione

432

**Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili**

garantire il rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni traccianti per la priorità B

**≥ 90% per le singole prestazioni traccianti**

L'obiettivo verrà valutato come media del raggiungimento dei singoli target  
 La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue:  
 ≥ 95% = 100%  
 ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo  
 <50% = 0%.

10%

10%

direzione generale

## I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
435 integrazione con ASFO	trasferimento della medicina nucleare da ASFO al CRO: omogeneità dell'offerta di prestazioni e multidisciplinarietà nell'approccio terapeutico	<b>1. trasferimento della funzione entro 01.04.2021</b> <b>2. revisione attività ecografica presso la sede cro: predisposizione documento entro il 31.12</b>	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="text" value="10%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	direzione sanitaria
436 percorso di performance anno 2021	individuazione obiettivi correlati alla performance individuale dirigenza 2021	<b>trasmissione alla SOSD controllo di gestione della scheda con l'individuazione degli obiettivi entro un mese dal ricevimento della stessa</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione
440 Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori	condivisione degli obiettivi di budget 2021	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione della scheda firmata da tutti i collaboratori entro il mese successivo dall'adozione della delibera di approvazione</b>	I risultati vengono valutati 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"/>	SOSD controllo di gestione
460 Attività di Radioembolizzazione con ittrio-90	1. Presentazione del Progetto 2. Arruolamento di pazienti	<b>1. entro il 30.06</b> <b>2. ≥ 5</b>	I risultati vengono valutati 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"/>	struttura di medicina nucleare
678 Accreditamento della Breast Unit secondo lo standard EUSOMA	Rinnovo dell'accREDITamento della Breast Unit: 1.Preparazione alla visita di accREDITamento 2.Accogliimento della visita di accREDITamento 3.Predisposizione dell'eventuale piano di miglioramento e altri adempimenti post visita richiesti da BCCert	<b>conseguimento accREDITamento e superamento non conformità</b>	I risultati vengono valutati 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"/>	direzione sanitaria
680 Conclusione inserimento dato dosimetrico nel referto	invio documentazione con classi di dose al Responsabile impianto radiologico	<b>evidenza delle trasmissioni</b>	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"/>	SOC Fisica Sanitaria

## L - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
439 Contenimento consumi prodotti sanitari	rispetto del vincolo regionale	rispetto del vincolo regionale per i consumi: ≤ valore anno 2020 - 3%	Il valore assegnato a budget è stato determinato tenendo conto dei vincoli regionali e dell'obiettivo assegnato in termini di volumi di attività. L'incremento di attività potrà comportare un aumento del consumo nel rispetto dei vincoli regionali in misura proporzionale all'incremento dei volumi. Potranno essere valutati eventuali scostamenti minimi in termini di valore assoluto.	10%	10%		SOSD controllo di gestione

## O - Altre progettualità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
437 Metodiche di centratura integrate TC/RM-PET IN RADIOTERAPIA	Programmazione del piano terapeutico RT con impiego di tecniche di acquisizione di immagini CT-PET, RMN in tempi consecutivi e in modalità identiche						
438 Ricette dematerializzate specialistica farmaceutica e medici specialisti	% di ricette dematerializzate	90% sul totale delle ricette entro il 31/12/2021					
441 Recupero attività (vs 2019) al fine di raggiungere i volumi delle prestazioni traccianti nel rispetto dei tempi di attesa	n.ro di prestazioni traccianti per esterni eseguite	dati attività 2021 ≥ a dati attività 2019 (periodo di riferimento: giugno -dicembre)				x	
				100%	100%		

SCHEDA DI BUDGET 2021 - SOSD AREA DI ONCOLOGIA INTEGRATA PER ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI - DIRIGENZA

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

C - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>506</b> Mantenimento produzione scientifica: Impact Factor	1. Impact factor grezzo frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati 2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati	<b>1. &gt; media impact factor grezzo frazionato 2018-2020 relativo agli articoli pubblicati</b> <b>2. &gt; impact factor normalizzato frazionato anno 2020 relativo agli articoli pubblicati</b>	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%	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	direzione scientifica
<b>507</b> Mantenimento produzione scientifica: Numero pubblicazioni	1. Numero delle pubblicazioni anno 2021 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura) 2. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 3 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)	<b>1. &gt; media numero pubblicazioni anni 2018-2020 (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)</b> <b>2. Almeno 1</b>	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.	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	direzione scientifica

F - Tempi di attesa

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>503</b> Rispetto dei tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie indifferibili	garantire i tempi di attesa dell'erogazione dei ricoveri elettivi oncologici	≥ 90%	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	direzione generale

## I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>501</b> cartella clinica	1. partecipazione attiva al tavolo di lavoro con la direzione per la definizione del contenuto della cartella clinica 2. utilizzo della nuova cartella per i nuovi pazienti	<b>1. entro il 31.10</b> <b>2. entro il 30.11</b>	il monitoraggio sull'utilizzo della nuova cartella verrà effettuato sulle cartelle aperte nel mese di dicembre	10%	10%	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria
<b>502</b> percorso amministrativo del paziente che necessita di rt	definizione e attuazione del percorso	<b>entro il mese di settembre</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%	<input type="checkbox"/>	sosd controllo di gestione
<b>505</b> analisi appropriatezza prescrittiva farmaci	partecipazione attiva ai gruppi di lavoro organizzati dalla direzione	<b>partecipazione alle riunioni con cadenza bimestrale a partire da settembre</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria
<b>509</b> Firma digitale referti (specialistica, radiologia, analisi chimico cliniche, anatomia patologica), lettere di dimissione	1. % referti ambulatoriali per interni ed esterni firmati digitalmente 2. % lettere di dimissione firmate digitalmente	<b>1. ≥ 98% dei referti ambulatoriali per interni ed esterni firmati digitalmente</b> <b>2. ≥ 98% delle lettere di dimissione firmate digitalmente</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto come media del raggiungimento dei singoli target	5%	5%	<input type="checkbox"/>	SOSD controllo di gestione
<b>510</b> Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori	condivisione degli obiettivi di budget 2021	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione della scheda firmata da tutti i collaboratori entro il mese successivo dall'adozione della delibera di approvazione</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	<input type="checkbox"/>	SOSD controllo di gestione
<b>511</b> percorso di performance anno 2021	individuazione obiettivi correlati alla performance individuale dirigenza 2021	<b>trasmissione alla SOSD controllo di gestione della scheda con l'individuazione degli obiettivi entro un mese dal ricevimento della stessa</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD controllo di gestione
<b>512</b> progetto protoni	identificare le tariffe dell'attività da presentare alla direzione	<b>invio proposta alla direzione entro il 31.12</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	20%	<input type="checkbox"/>	SOSD controllo di gestione

707

**Attivazione studio multicentrico nazionale sul linfoma di Hodgkin classico, in bambini, adolescenti e giovani**

attivazione studio osservazionale retrospettivo

entro il **31.12.2021**

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

20%

20%

SOSD area giovani

## L - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO	
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione		
508	Contenimento del consumo della farmaceutica ospedaliera	rispetto del vincolo regionale	rispetto dei vincoli regionali (farmaci oncologici ospedalieri ≤ valore 2020; altri farmaci ospedalieri ≤ valore 2020 - 3%)	Il valore assegnato a budget è stato determinato tenendo conto dei vincoli regionali. L'incremento di attività potrà comportare un aumento del consumo nel rispetto dei vincoli regionali e proporzionale all'incremento dei volumi. Potranno essere valutati eventuali scostamenti minimi in termini di valore assoluto.	10%	10%	<input type="checkbox"/>	SOSD controllo di gestione

## O - Altre progettualità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
504	Metodiche di centratura integrate TC/RM-PET IN RADIOTERAPIA	Programmazione del piano terapeutico RT con impiego di tecniche di acquisizione di immagini CT-PET, RMN in tempi consecutivi e in modalità identiche				X	
513	Utilizzo della ricetta dematerializzata di specialistica e farmaceutica	percentuale di ricette dematerializzate sul totale delle ricette	90% sul totale delle ricette entro il 31/12/2021				
514	Ricette dematerializzate non SSR	% di ricette non SSR dematerializzate	Media del 50 % sui mesi in cui è attiva la ricetta non SSR dematerializzata entro il 31/12/2021				
515	Piani terapeutici dematerializzati	% di piani terapeutici dematerializzati	Media del 50% sui mesi in cui è attiva la firma digitale del piano terapeutico dematerializzato				
				100%	100%		



SCHEDA DI BUDGET 2021 - DIPARTIMENTO DELLE ALTE TECNOLOGIE - COMPARTO

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio

- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				incarichi di coordinamento	altro personale	altri sistemi di incentivazione	
<b>309</b> integrazione con ASFO	trasferimento della medicina nucleare da ASFO al CRO: omogeneità dell'offerta di prestazioni e multidisciplinarietà nell'approccio terapeutico	<b>1. trasferimento della funzione entro 01.04.2021</b> <b>2. revisione attività ecografica presso la sede cro: predisposizione documento entro il 31.12</b>	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="text"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	direzione sanitaria
<b>310</b> applicazione bundle	adesione ai bundle individuati dalla direzione con specifica nota formale	<b>rispetto dei criteri stabiliti dalla direzione con specifica nota formale</b>	L'obiettivo sarà valutato nel secondo semestre con analisi campionaria secondo i criteri di valutazione individuati dalla direzione La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 80% = 100% ≥ 60% e < 80% = in proporzione all'intervallo <60% = 0%.	<input type="text" value="20%"/>	<input type="text" value="20%"/>	<input type="text"/>	SOSD direzione professioni sanitarie
<b>311</b> Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori	condivisione degli obiettivi di budget 2021	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione della scheda firmata da tutti i collaboratori entro il mese successivo dall'adozione della delibera di approvazione</b>	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"/>	SOSD direzione professioni sanitarie
<b>312</b> job description del comparto sanitario e tecnico (OSS) del dipartimento	produzione della job	<b>invio alla direzione sanitaria entro il 31.12</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="25%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	SOSD direzione professioni sanitarie

313

**Accreditamento della Breast Unit secondo lo standard EUSOMA**

Rinnovo dell'accREDITamento della Breast Unit:  
1.Preparazione alla visita di accREDITamento  
2.Accoglimento della visita di accREDITamento  
3.Predisposizione dell'eventuale piano di miglioramento e altri adempimenti post visita richiesti da BCCert

**conseguimento accREDITamento e superamento non conformità**

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

5%

5%

direzione sanitaria

314

**gestione amministrativa dell'attività di chemioterapia infusione ambulatoriale**

analisi dei report prodotti dalla SOSD controllo di gestione sulla completezza delle informazioni amministrative nel cup-web al fine della compensazione farmaci file F

**inserimento dei dati mancanti nel sistema cup-web e trasmissione dei risultati alla SOSD controllo di gestione entro 15 giorni dal ricevimento dei report**

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

5%

5%

SOSD controllo di gestione

315

**Attività di Radioembolizzazione con ittrio-90**

1. Presentazione del Progetto  
2. Arruolamento di pazienti

**1. entro il 30.06  
2. ≥ 5**

I risultati vengono valutati come segue:  
se il risultato è sì = 100%  
se il risultato è no = 0%

20%

25%

struttura di medicina nucleare

316

**Trattamento pazienti con neoplasia mammaria sinistra con tecnica BREATH HOLD**

numero pazienti trattati

≥ 5

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

20%

25%

struttura di radioterapia

100%

100%

SCHEDA DI BUDGET 2021 - SOSD ANATOMIA PATOLOGICA AD INDIRIZZO ONCOLOGICO - DIRIGENZA

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio

- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

C - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>648</b> <b>Mantenimento produzione scientifica: Numero pubblicazioni</b>	1. Numero delle pubblicazioni anno 2021 del dipartimento (indipendentemente dalla posizione dell'autore del dipartimento) 2. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 6 (indipendentemente dalla posizione dell'autore del dipartimento)	<b>1. &gt; media numero pubblicazioni anni 2018-2020 del dipartimento (indipendentemente dalla posizione dell'autore del dipartimento)</b> <b>2. Almeno 19</b>	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	<input type="text" value="15%"/>	<input type="text" value="15%"/>	<input type="text"/>	direzione scientifica
<b>649</b> <b>Mantenimento produzione scientifica: Impact Factor</b>	1. Impact factor grezzo frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati del dipartimento 2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati del dipartimento	<b>1. &gt; media impact factor grezzo frazionato 2018-2020 relativo agli articoli pubblicati del dipartimento</b> <b>2. &gt; impact factor normalizzato frazionato anno 2020 relativo agli articoli pubblicati del dipartimento</b>	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%	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	direzione scientifica
<b>656</b> <b>contribuire alla redazione del nuovo piano di ricerca strategico 2022-2024</b>	redazione del piano strategico e ministeriale	<b>entro il 31.10</b>	I risultati vengono valutati 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"/>	direzione scientifica
<b>704</b> <b>Commissione per l'identificazione di nuovi indici bibliometrici per il 2022</b>	Proposta collegiale di indici bibliometrici capaci di valutare la quantità e qualità della produzione scientifica in modo più coerente con i criteri del Ministero della Salute (Ricerca Corrente)	<b>entro il 31.12.2021</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	direzione scientifica

## I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>650</b> Piattaforme tecnologiche del dipartimento DRDT	collaborare al gruppo di lavoro istituito dalla direzione finalizzato a: - definire le piattaforme più consolidate - descrivere le attività - definire il personale e tecnologie assegnati a tali piattaforme	<b>collaborazione con la direzione per la stesura del documento dipartimentale entro 30.11</b>	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"/>	direzione sanitaria
<b>651</b> Accreditamento ISO 15189	accreditamento secondo la ISO 15189 di alcuni processi diagnostici del DRDT	<b>1. Preparazione alla visita di accreditamento 2. Accogliimento della visita di accreditamento</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="15%"/>	<input type="text"/>	direzione sanitaria
<b>653</b> percorso di performance anno 2021	individuazione obiettivi correlati alla performance individuale dirigenza 2021	<b>trasmissione alla SOSD controllo di gestione della scheda con l'individuazione degli obiettivi entro un mese dal ricevimento della stessa</b>	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"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione
<b>654</b> Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori	condivisione degli obiettivi di budget 2021	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione della scheda firmata da tutti i collaboratori entro il mese successivo dall'adozione della delibera di approvazione</b>	I risultati vengono valutati 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"/>	SOSD controllo di gestione
<b>655</b> contribuire al miglioramento e aggiornamento della parte scientifica del sito istituzionale del CRO	aggiornamento della sezione specifica di competenza	<b>entro il 31.12</b>	I risultati vengono valutati 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"/>	ufficio comunicazione
<b>657</b> 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	<b>≥ 85% dei referti rispettano i tempi di refertazione</b>	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione

658

**Utilizzo del sistema di refertazione vocale**

% di refertazione vocale sul totale dei referti (esclusi CIT e PAP)

≥ **70% dal mese di luglio**

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

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

direzione sanitaria

659

**definizione modulistica del percorso donazioni di cornee**

trasmissione alla direzione sanitaria

**entro 30.09**

I risultati vengono valutati come segue:  
 se il risultato è sì = 100%  
 se il risultato è no = 0%

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

direzione sanitaria

698

**Accreditamento della Breast Unit secondo lo standard EUSOMA**

Rinnovo dell'accREDITamento della Breast Unit:  
 1.Preparazione alla visita di accREDITamento  
 2.Accogliimento della visita di accREDITamento  
 3.Predisposizione dell'eventuale piano di miglioramento e altri adempimenti post visita richiesti da BCCert

**conseguimento accREDITamento e superamento non conformità**

I risultati vengono valutati come segue:  
 se il risultato è sì = 100%  
 se il risultato è no = 0%

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

direzione sanitaria

## L - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
652 <b>Contenimento consumi prodotti sanitari</b>	rispetto del vincolo regionale	<b>rispetto del vincolo regionale per i consumi su fondi istituzionali: ≤ valore anno 2020 - 3%</b>	Il valore assegnato a budget è stato determinato tenendo conto dei vincoli regionali e dell'obiettivo assegnato in termini di volumi di attività. L'incremento di attività potrà comportare un aumento del consumo nel rispetto dei vincoli regionali in misura proporzionale all'incremento dei volumi. Potranno essere valutati eventuali scostamenti minimi in termini di valore assoluto.	10%	10%		SOSD controllo di gestione

## O - Altre progettualità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
670 <b>Garantire l'attività di supporto alle chirurgie per i pazienti in carico ad altri Enti del SSR</b>	N.ro interventi svolti	<b>esecuzione entro i tempi richiesti, del 100% degli interventi chirurgici programmati</b>				X	
				100%	100%		

SCHEDA DI BUDGET 2021 - SOC ONCOGENETICA E ONCOGENOMICA FUNZIONALE - DIRIGENZA

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
671 Mantenimento dei volumi di attività ambulatoriale totali dell'anno 2020	n. prestazioni ambulatoriali totali	≥ anno 2020	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

C - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
600 Mantenimento produzione scientifica: Numero pubblicazioni	1. Numero delle pubblicazioni anno 2021 del dipartimento (indipendentemente dalla posizione dell'autore del dipartimento) 2. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 6 (indipendentemente dalla posizione dell'autore del dipartimento)	1. > media numero pubblicazioni anni 2018-2020 del dipartimento (indipendentemente dalla posizione dell'autore del dipartimento) 2. Almeno 19	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	15%	15%		direzione scientifica
601 Mantenimento produzione scientifica: Impact Factor	1. Impact factor grezzo frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati del dipartimento 2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati del dipartimento	1. > media impact factor grezzo frazionato 2018-2020 relativo agli articoli pubblicati del dipartimento 2. > impact factor normalizzato frazionato anno 2020 relativo agli articoli pubblicati del dipartimento	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%	15%	15%		direzione scientifica
608 contribuire alla redazione del nuovo piano di ricerca strategico 2022-2024	redazione del piano	entro 31 ottobre 2021	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%		direzione scientifica

700

**Commissione per l'identificazione di nuovi indici bibliometrici per il 2022**

Proposta collegiale di indici bibliometrici capaci di valutare la quantità e qualità della produzione scientifica in modo più coerente con i criteri del Ministero della Salute (Ricerca Corrente)

entro il **31.12.2021**

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

10%

10%

direzione scientifica

## I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
602 <b>Piattaforme tecnologiche del dipartimento DRDT</b>	collaborare al gruppo di lavoro istituito dalla direzione finalizzato a: - definire le piattaforme più consolidate - descrivere le attività - definire il personale e tecnologie assegnati a tali piattaforme	<b>collaborazione con la direzione per la stesura del documento dipartimentale entro 30.11</b>	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%	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria
603 <b>Accreditamento ISO 15189</b>	accreditamento secondo la ISO 15189 di alcuni processi diagnostici del DRDT	<b>1. Preparazione alla visita di accreditamento 2. Accoglimento della visita di accreditamento</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	15%	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria
605 <b>percorso di performance anno 2021</b>	individuazione obiettivi correlati alla performance individuale dirigenza 2021	<b>trasmissione alla SOSD controllo di gestione della scheda con l'individuazione degli obiettivi entro un mese dal ricevimento della stessa</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%.	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD controllo di gestione
606 <b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b>	condivisione degli obiettivi di budget 2021	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione della scheda firmata da tutti i collaboratori entro il mese successivo dall'adozione della delibera di approvazione</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	<input type="checkbox"/>	SOSD controllo di gestione
607 <b>contribuire al miglioramento e aggiornamento della parte scientifica del sito istituzionale del CRO</b>	aggiornamento della sezione specifica di competenza	<b>entro il 31.12</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	<input type="checkbox"/>	ufficio comunicazione

## L - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>604</b> <b>Contenimento consumi prodotti sanitari</b>	rispetto del vincolo regionale	<b>rispetto del vincolo regionale per i consumi su fondi istituzionali: ≤ valore anno 2020 - 3%</b>	Il valore assegnato a budget è stato determinato tenendo conto dei vincoli regionali e dell'obiettivo assegnato in termini di volumi di attività. L'incremento di attività potrà comportare un aumento del consumo nel rispetto dei vincoli regionali in misura proporzionale all'incremento dei volumi. Potranno essere valutati eventuali scostamenti minimi in termini di valore assoluto.	10%	10%		SOSD controllo di gestione
				100%	100%		



SCHEDA DI BUDGET 2021 - SOC ONCOLOGIA MOLECOLARE E MODELLI PRECLINICI DI PROGRESSIONE TUMORALE - DIRIGENZA

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
672 Mantenimento dei volumi di attività ambulatoriale totali dell'anno 2020	n. prestazioni ambulatoriali totali	≥ anno 2020	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

C - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
609 Mantenimento produzione scientifica: Numero pubblicazioni	1. Numero delle pubblicazioni anno 2021 del dipartimento (indipendentemente dalla posizione dell'autore del dipartimento) 2. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 6 (indipendentemente dalla posizione dell'autore del dipartimento)	1. > media numero pubblicazioni anni 2018-2020 del dipartimento (indipendentemente dalla posizione dell'autore del dipartimento) 2. Almeno 19	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.	15%	15%		direzione scientifica
610 Mantenimento produzione scientifica: Impact Factor	1. Impact factor grezzo frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati del dipartimento 2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati del dipartimento	1. > media impact factor grezzo frazionato 2018-2020 relativo agli articoli pubblicati del dipartimento 2. > impact factor normalizzato frazionato anno 2020 relativo agli articoli pubblicati del dipartimento	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%	15%	15%		direzione scientifica
617 contribuire alla redazione del nuovo piano di ricerca strategico 2022-2024	redazione del piano strategico e ministeriale	entro il 31.10	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%		direzione scientifica

701

**Commissione per l'identificazione di nuovi indici bibliometrici per il 2022**

Proposta collegiale di indici bibliometrici capaci di valutare la quantità e qualità della produzione scientifica in modo più coerente con i criteri del Ministero della Salute (Ricerca Corrente)

**entro il 31.12.2021**

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

10%

10%

direzione scientifica

## I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<p><b>611</b></p> <p><b>Piattaforme tecnologiche del dipartimento DRDT</b></p>	<p>collaborare al gruppo di lavoro istituito dalla direzione finalizzato a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- definire le piattaforme più consolidate</li> <li>- descrivere le attività</li> <li>- definire il personale e tecnologie assegnati a tali piattaforme</li> </ul>	<p><b>collaborazione con la direzione per la stesura del documento dipartimentale entro 30.11</b></p>	<p>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</p>	15%	15%	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria
<p><b>612</b></p> <p><b>Accreditamento ISO 15189</b></p>	<p>accreditamento secondo la ISO 15189 di alcuni processi diagnostici del DRDT</p>	<p><b>1. Preparazione alla visita di accreditamento</b> <b>2. Accoglimento della visita di accreditamento</b></p>	<p>Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%</p>	10%	15%	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria
<p><b>614</b></p> <p><b>percorso di performance anno 2021</b></p>	<p>individuazione obiettivi correlati alla performance individuale dirigenza 2021</p>	<p><b>trasmissione alla SOSD controllo di gestione della scheda con l'individuazione degli obiettivi entro un mese dal ricevimento della stessa</b></p>	<p>Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%.</p>	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD controllo di gestione
<p><b>615</b></p> <p><b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b></p>	<p>condivisione degli obiettivi di budget 2021</p>	<p><b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione della scheda firmata da tutti i collaboratori entro il mese successivo dall'adozione della delibera di approvazione</b></p>	<p>I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%</p>	5%	5%	<input type="checkbox"/>	SOSD controllo di gestione
<p><b>616</b></p> <p><b>contribuire al miglioramento e aggiornamento della parte scientifica del sito istituzionale del CRO</b></p>	<p>aggiornamento della sezione specifica di competenza</p>	<p><b>entro il 31.12</b></p>	<p>I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%</p>	5%	5%	<input type="checkbox"/>	ufficio comunicazione

## L - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>613</b> <b>Contenimento consumi prodotti sanitari</b>	rispetto del vincolo regionale	<b>rispetto del vincolo regionale per i consumi su fondi istituzionali: ≤ valore anno 2020 - 3%</b>	Il valore assegnato a budget è stato determinato tenendo conto dei vincoli regionali e dell'obiettivo assegnato in termini di volumi di attività. L'incremento di attività potrà comportare un aumento del consumo nel rispetto dei vincoli regionali in misura proporzionale all'incremento dei volumi. Potranno essere valutati eventuali scostamenti minimi in termini di valore assoluto.	10%	10%		SOSD controllo di gestione
				100%	100%		

SCHEDA DI BUDGET 2021 - SOC FARMACOLOGIA SPERIMENTALE E CLINICA - DIRIGENZA

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
673 Mantenimento dei volumi di attività ambulatoriale totali dell'anno 2020	n. prestazioni ambulatoriali totali	≥ anno 2020	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

C - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
618 Mantenimento produzione scientifica: Numero pubblicazioni	1. Numero delle pubblicazioni anno 2021 del dipartimento (indipendentemente dalla posizione dell'autore del dipartimento) 2. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 6 (indipendentemente dalla posizione dell'autore del dipartimento)	1. > media numero pubblicazioni anni 2018-2020 del dipartimento (indipendentemente dalla posizione dell'autore del dipartimento) 2. Almeno 19	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.	15%	15%		direzione scientifica
619 Mantenimento produzione scientifica: Impact Factor	1. Impact factor grezzo frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati del dipartimento 2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati del dipartimento	1. > media impact factor grezzo frazionato 2018-2020 relativo agli articoli pubblicati del dipartimento 2. > impact factor normalizzato frazionato anno 2020 relativo agli articoli pubblicati del dipartimento	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%	15%	15%		direzione scientifica
626 contribuire alla redazione del nuovo piano di ricerca strategico 2022-2024	redazione del piano strategico e ministeriale	entro il 31.10	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%		direzione scientifica

703

**Commissione per l'identificazione di nuovi indici bibliometrici per il 2022**

Proposta collegiale di indici bibliometrici capaci di valutare la quantità e qualità della produzione scientifica in modo più coerente con i criteri del Ministero della Salute (Ricerca Corrente)

**entro il 31.12.2021**

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

10%

10%

direzione scientifica

## I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
620 <b>Piattaforme tecnologiche del dipartimento DRDT</b>	collaborare al gruppo di lavoro istituito dalla direzione finalizzato a: - definire le piattaforme più consolidate - descrivere le attività - definire il personale e tecnologie assegnati a tali piattaforme	<b>collaborazione con la direzione per la stesura del documento dipartimentale entro 30.11</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	15%	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria
621 <b>Accreditamento ISO 15189</b>	accreditamento secondo la ISO 15189 di alcuni processi diagnostici del DRDT	<b>1. Preparazione alla visita di accreditamento 2. Accoglimento della visita di accreditamento</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	15%	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria
623 <b>percorso di performance anno 2021</b>	individuazione obiettivi correlati alla performance individuale dirigenza 2021	<b>trasmissione alla SOSD controllo di gestione della scheda con l'individuazione degli obiettivi entro un mese dal ricevimento della stessa</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%.	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD controllo di gestione
624 <b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b>	condivisione degli obiettivi di budget 2021	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione della scheda firmata da tutti i collaboratori entro il mese successivo dall'adozione della delibera di approvazione</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	<input type="checkbox"/>	SOSD controllo di gestione
625 <b>contribuire al miglioramento e aggiornamento della parte scientifica del sito istituzionale del CRO</b>	aggiornamento della sezione specifica di competenza	<b>entro il 31.12</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	<input type="checkbox"/>	ufficio comunicazione

## L - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>622</b> <b>Contenimento consumi prodotti sanitari</b>	rispetto del vincolo regionale	<b>rispetto del vincolo regionale per i consumi su fondi istituzionali: ≤ valore anno 2020 - 3%</b>	Il valore assegnato a budget è stato determinato tenendo conto dei vincoli regionali e dell'obiettivo assegnato in termini di volumi di attività. L'incremento di attività potrà comportare un aumento del consumo nel rispetto dei vincoli regionali in misura proporzionale all'incremento dei volumi. Potranno essere valutati eventuali scostamenti minimi in termini di valore assoluto.	10%	10%		SOSD controllo di gestione
				100%	100%		

SCHEDA DI BUDGET 2021 - SOC ONCOEMATOLOGIA CLINICO SPERIMENTALE - DIRIGENZA

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

B - Volumi di attività assistenziale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
674 Mantenimento dei volumi di attività ambulatoriale totali dell'anno 2020	n. prestazioni ambulatoriali totali	≥ anno 2020	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

C - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
660 Mantenimento produzione scientifica: Numero pubblicazioni	1. Numero delle pubblicazioni anno 2021 del dipartimento (indipendentemente dalla posizione dell'autore del dipartimento) 2. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 6 (indipendentemente dalla posizione dell'autore del dipartimento)	1. > media numero pubblicazioni anni 2018-2020 del dipartimento (indipendentemente dalla posizione dell'autore del dipartimento) 2. Almeno 19	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	15%	15%		direzione scientifica
661 Mantenimento produzione scientifica: Impact Factor	1. Impact factor grezzo frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati del dipartimento 2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati del dipartimento	1. > media impact factor grezzo frazionato 2018-2020 relativo agli articoli pubblicati del dipartimento 2. > impact factor normalizzato frazionato anno 2020 relativo agli articoli pubblicati del dipartimento	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%	15%	15%		direzione scientifica
668 contribuire alla redazione del nuovo piano di ricerca strategico 2022-2024	redazione del piano strategico e ministeriale	entro il 31.10	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%		direzione scientifica

705

**Commissione per l'identificazione di nuovi indici bibliometrici per il 2022**

Proposta collegiale di indici bibliometrici capaci di valutare la quantità e qualità della produzione scientifica in modo più coerente con i criteri del Ministero della Salute (Ricerca Corrente)

**entro il 31.12.2021**

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

10%

10%

direzione scientifica

## I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>662</b> <b>Piattaforme tecnologiche del dipartimento DRDT</b>	collaborare al gruppo di lavoro istituito dalla direzione finalizzato a: - definire le piattaforme più consolidate - descrivere le attività - definire il personale e tecnologie assegnati a tali piattaforme	<b>collaborazione con la direzione per la stesura del documento dipartimentale entro 30.11</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	15%	15%	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria
<b>663</b> <b>Accreditamento ISO 15189</b>	accreditamento secondo la ISO 15189 di alcuni processi diagnostici del DRDT	<b>1. Preparazione alla visita di accreditamento 2. Accoglimento della visita di accreditamento</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	15%	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria
<b>665</b> <b>percorso di performance anno 2021</b>	individuazione obiettivi correlati alla performance individuale dirigenza 2021	<b>trasmissione alla SOSD controllo di gestione della scheda con l'individuazione degli obiettivi entro un mese dal ricevimento della stessa</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD controllo di gestione
<b>666</b> <b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b>	condivisione degli obiettivi di budget 2021	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione della scheda firmata da tutti i collaboratori entro il mese successivo dall'adozione della delibera di approvazione</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	<input type="checkbox"/>	SOSD controllo di gestione
<b>667</b> <b>contribuire al miglioramento e aggiornamento della parte scientifica del sito istituzionale del CRO</b>	aggiornamento della sezione specifica di competenza	<b>entro il 31.12</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%	<input type="checkbox"/>	ufficio comunicazione



## L - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>664</b> <b>Contenimento consumi prodotti sanitari</b>	rispetto del vincolo regionale	<b>rispetto del vincolo regionale per i consumi su fondi istituzionali: ≤ valore anno 2020 - 3%</b>	Il valore assegnato a budget è stato determinato tenendo conto dei vincoli regionali e dell'obiettivo assegnato in termini di volumi di attività. L'incremento di attività potrà comportare un aumento del consumo nel rispetto dei vincoli regionali in misura proporzionale all'incremento dei volumi. Potranno essere valutati eventuali scostamenti minimi in termini di valore assoluto.	10%	10%		SOSD controllo di gestione
				100%	100%		

## SCHEMA DI BUDGET 2021 - SOC IMMUNOPATOLOGIA E BIOMARCATORI ONCOLOGICI - DIRIGENZA

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio

- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

## C - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>627</b> Mantenimento produzione scientifica: Numero pubblicazioni	1. Numero delle pubblicazioni anno 2021 del dipartimento (indipendentemente dalla posizione dell'autore del dipartimento) 2. Numero pubblicazioni con I.F. ≥ 6 (indipendentemente dalla posizione dell'autore del dipartimento)	<b>1. &gt; media numero pubblicazioni anni 2018-2020 del dipartimento (indipendentemente dalla posizione dell'autore del dipartimento)</b> <b>2. Almeno 19</b>	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.	<input type="text" value="15%"/>	<input type="text" value="15%"/>	<input type="text"/>	direzione scientifica
<b>628</b> Mantenimento produzione scientifica: Impact Factor	1. Impact factor grezzo frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati del dipartimento 2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati del dipartimento	<b>1. &gt; media impact factor grezzo frazionato 2018-2020 relativo agli articoli pubblicati del dipartimento</b> <b>2. &gt; impact factor normalizzato frazionato anno 2020 relativo agli articoli pubblicati del dipartimento</b>	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%	<input type="text" value="15%"/>	<input type="text" value="15%"/>	<input type="text"/>	direzione scientifica
<b>635</b> contribuire alla redazione del nuovo piano di ricerca strategico 2022-2024	redazione del piano strategico e ministeriale	<b>entro il 31.10</b>	I risultati vengono valutati 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"/>	direzione scientifica
<b>699</b> Commissione per l'identificazione di nuovi indici bibliometrici per il 2022	Proposta collegiale di indici bibliometrici capaci di valutare la quantità e qualità della produzione scientifica in modo più coerente con i criteri del Ministero della Salute (Ricerca Corrente)	<b>entro il 31.12.2021</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	direzione scientifica

## I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>629</b> <b>Piattaforme tecnologiche del dipartimento DRDT</b>	collaborare al gruppo di lavoro istituito dalla direzione finalizzato a: - definire le piattaforme più consolidate - descrivere le attività - definire il personale e tecnologie assegnati a tali piattaforme	<b>collaborazione con la direzione per la stesura del documento dipartimentale entro 30.11</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	direzione sanitaria
<b>630</b> <b>Accreditamento ISO 15189</b>	accreditamento secondo la ISO 15189 di alcuni processi diagnostici del DRDT	<b>1. Preparazione alla visita di accreditamento 2. Accoglimento della visita di accreditamento</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="15%"/>	<input type="text"/>	direzione sanitaria
<b>632</b> <b>percorso di performance anno 2021</b>	individuazione obiettivi correlati alla performance individuale dirigenza 2021	<b>trasmissione alla SOSD controllo di gestione della scheda con l'individuazione degli obiettivi entro un mese dal ricevimento della stessa</b>	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"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione
<b>633</b> <b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b>	condivisione degli obiettivi di budget 2021	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione della scheda firmata da tutti i collaboratori entro il mese successivo dall'adozione della delibera di approvazione</b>	I risultati vengono valutati 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"/>	SOSD controllo di gestione
<b>634</b> <b>contribuire al miglioramento e aggiornamento della parte scientifica del sito istituzionale del CRO</b>	aggiornamento della sezione specifica di competenza	<b>entro il 31.12</b>	I risultati vengono valutati 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"/>	ufficio comunicazione
<b>636</b> <b>studio fattibilità della prenotazione degli esami di laboratorio per esterni</b>	predisposizione studio fattibilità	<b>invio studio di fattibilità alla direzione sanitaria entro 31.10</b>	I risultati vengono valutati 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"/>	direzione sanitaria

675

Accreditamento Fase 1

Preparazione alla visita di accreditamento

evidenza della realizzazione dell'indicatore

I risultati vengono valutati come segue:  
 se il risultato è si = 100%  
 se il risultato è no = 0%

5%

5%

SOSD Trattamento di cellule staminali per le terapie cellulari

## L - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
631 Contenimento consumi prodotti sanitari	rispetto del vincolo regionale	rispetto del vincolo regionale per i consumi su fondi istituzionali: ≤ valore anno 2020 - 3%	Il valore assegnato a budget è stato determinato tenendo conto dei vincoli regionali e dell'obiettivo assegnato in termini di volumi di attività. L'incremento di attività potrà comportare un aumento del consumo nel rispetto dei vincoli regionali in misura proporzionale all'incremento dei volumi. Potranno essere valutati eventuali scostamenti minimi in termini di valore assoluto.	10%	10%	<input type="checkbox"/>	SOSD controllo di gestione

## O - Altre progettualità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
669 Processazione dei tamponi (molecolare e antigenico) per la ricerca di virus SARS-CoV-2, su operatori e pazienti, secondo Protocollo aziendale	N° di tamponi eseguiti	Tutti gli operatori ed i pazienti individuati dal Protocollo Aziendale, sono sottoposti a sorveglianza con Tampone per la ricerca di SARS-CoV-2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	
				100%	100%		

## SCHEMA DI BUDGET 2021 - SOSP TRATTAMENTO DI CELLULE STAMINALI PER LE TERAPIE CELLULARI - DIRIGENZA

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio

- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

## C - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>637</b> Mantenimento produzione scientifica: Numero pubblicazioni	1. Numero delle pubblicazioni anno 2021 del dipartimento (indipendentemente dalla posizione dell'autore del dipartimento) 2. Numero pubblicazioni con I.F. $\geq 6$ (indipendentemente dalla posizione dell'autore del dipartimento)	<b>1. &gt; media numero pubblicazioni anni 2018-2020 del dipartimento (indipendentemente dalla posizione dell'autore del dipartimento)</b> <b>2. Almeno 19</b>	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	<input type="text" value="15%"/>	<input type="text" value="15%"/>	<input type="text"/>	direzione scientifica
<b>638</b> Mantenimento produzione scientifica: Impact Factor	1. Impact factor grezzo frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati del dipartimento 2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati del dipartimento	<b>1. &gt; media impact factor grezzo frazionato 2018-2020 relativo agli articoli pubblicati del dipartimento</b> <b>2. &gt; impact factor normalizzato frazionato anno 2020 relativo agli articoli pubblicati del dipartimento</b>	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%	<input type="text" value="15%"/>	<input type="text" value="15%"/>	<input type="text"/>	direzione scientifica
<b>645</b> contribuire alla redazione del nuovo piano di ricerca strategico 2022-2024	redazione del piano strategico e ministeriale	<b>entro il 31.10</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	direzione scientifica
<b>702</b> Commissione per l'identificazione di nuovi indici bibliometrici per il 2022	Proposta collegiale di indici bibliometrici capaci di valutare la quantità e qualità della produzione scientifica in modo più coerente con i criteri del Ministero della Salute (Ricerca Corrente)	<b>entro il 31.12.2021</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	direzione scientifica

## I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>639</b> Piattaforme tecnologiche del dipartimento DRDT	collaborare al gruppo di lavoro istituito dalla direzione finalizzato a: - definire le piattaforme più consolidate - descrivere le attività - definire il personale e tecnologie assegnati a tali piattaforme	<b>collaborazione con la direzione per la stesura del documento dipartimentale entro 30.11</b>	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" value="15%"/>	<input type="text"/>	direzione sanitaria
<b>642</b> percorso di performance anno 2021	individuazione obiettivi correlati alla performance individuale dirigenza 2021	<b>trasmissione alla SOSD controllo di gestione della scheda con l'individuazione degli obiettivi entro un mese dal ricevimento della stessa</b>	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"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione
<b>643</b> Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori	condivisione degli obiettivi di budget 2021	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione della scheda firmata da tutti i collaboratori entro il mese successivo dall'adozione della delibera di approvazione</b>	I risultati vengono valutati 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"/>	SOSD controllo di gestione
<b>644</b> contribuire al miglioramento e aggiornamento della parte scientifica del sito istituzionale del CRO	aggiornamento della sezione specifica di competenza	<b>entro il 31.12</b>	I risultati vengono valutati 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"/>	ufficio comunicazione
<b>646</b> Accreditamento Fase 1	Preparazione alla visita di accreditamento	<b>evidenza della realizzazione dell'indicatore</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	SOSD Trattamento di cellule staminali per le terapie cellulari
<b>647</b> Contributo attività di trapianto	numero trapianti agosto-dicembre	<b>≥ 15</b>	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione

## L - Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	altri sistemi di incentivazione	
<b>641</b> <b>Contenimento consumi prodotti sanitari</b>	rispetto del vincolo regionale	<b>rispetto del vincolo regionale per i consumi su fondi istituzionali: ≤ valore anno 2020 - 3%</b>	Il valore assegnato a budget è stato determinato tenendo conto dei vincoli regionali e dell'obiettivo assegnato in termini di volumi di attività. L'incremento di attività potrà comportare un aumento del consumo nel rispetto dei vincoli regionali in misura proporzionale all'incremento dei volumi. Potranno essere valutati eventuali scostamenti minimi in termini di valore assoluto.	10%	10%		SOSD controllo di gestione
				100%	100%		

SCHEDA DI BUDGET 2021 - DIPARTIMENTO DELLA RICERCA E DELLA DIAGNOSTICA AVANZATA DEI TUMORI - COMPARTO

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

C - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				incarichi di coordinamento	altro personale	altri sistemi di incentivazione	
<p><b>321</b></p> <p><b>contributo al mantenimento livelli di produzione scientifica</b></p>	<p>1. Impact factor grezzo frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati del dipartimento</p> <p>2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati del dipartimento</p> <p>3. Numero delle pubblicazioni anno 2021 del dipartimento (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)</p>	<p>1. &gt; media impact factor grezzo frazionato 2018-2020 relativo agli articoli pubblicati del dipartimento</p> <p>2. &gt; impact factor normalizzato frazionato anno 2020 del dipartimento relativo agli articoli pubblicati</p> <p>3. &gt; media numero pubblicazioni anni 2018-2020 del dipartimento (indipendentemente dalla posizione dell'autore della struttura)</p>	<p>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. L'obiettivo è valutato come media di raggiungimento dei singoli target</p>	<p>10%</p>	<p>15%</p>	<p></p>	<p>direzione scientifica</p>

I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE			RESPONSABILE DEL DATO
				incarichi di coordinamento	altro personale	altri sistemi di incentivazione	
<p><b>317</b></p> <p><b>Piattaforme tecnologiche del dipartimento DRDT</b></p>	<p>collaborare al gruppo di lavoro istituito dalla direzione finalizzato a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- definire le piattaforme più consolidate</li> <li>- descrivere le attività</li> <li>- definire il personale e tecnologie assegnati a tali piattaforme</li> </ul>	<p><b>collaborazione con la direzione per la stesura del documento dipartimentale entro 30.11</b></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>10%</p>	<p></p>	<p>direzione sanitaria</p>
<p><b>318</b></p> <p><b>Accreditamento ISO 15189</b></p>	<p>accreditamento secondo la ISO 15189 di alcuni processi diagnostici del DRDT</p>	<p>1. Preparazione alla visita di accreditamento</p> <p>2. Accoglimento della visita di accreditamento</p>	<p>Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%</p>	<p>25%</p>	<p>25%</p>	<p></p>	<p>direzione sanitaria</p>



<b>319</b>	<b>gestione dell'attività di produzione di chemioterapie con il nuovo applicativo log80 sulla base dei protocolli individuati</b>	prescrizioni evase con log80	<b>100%</b>	La percentuale di raggiungimento viene valutata come segue: ≥ 95% = 100% ≥ 50% e < 95% = in proporzione all'intervallo <50% = 0%.	<input type="text"/>	<input type="text" value="20%"/>	<input type="text"/>	SOSD farmacia
<b>320</b>	<b>Gestione del farmaco e dei residui secondo la nuova procedura di log80</b>	applicazione della procedura esistente	<b>evidenza dell'applicazione</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%.	<input type="text"/>	<input type="text" value="15%"/>	<input type="text"/>	SOSD farmacia
<b>322</b>	<b>job description del comparto sanitario e tecnico (OSS) del dipartimento</b>	produzione della job	<b>invio alla direzione sanitaria entro il 31.12</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="35%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	SOSD direzione professioni sanitarie
<b>323</b>	<b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b>	condivisione degli obiettivi di budget 2021	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione della scheda firmata da tutti i collaboratori entro il mese successivo dall'adozione della delibera di approvazione</b>	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"/>	SOSD controllo di gestione
<b>697</b>	<b>Accreditamento della Breast Unit secondo lo standard EUSOMA</b>	Rinnovo dell'accREDITamento della Breast Unit: 1.Preparazione alla visita di accREDITamento 2.Accoglimento della visita di accREDITamento 3.Predisposizione dell'eventuale piano di miglioramento e altri adempimenti post visita richiesti da BCCert	<b>conseguimento accREDITamento e superamento non conformità</b>	I risultati vengono valutati 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"/>	direzione sanitaria
					<input type="text" value="100%"/>	<input type="text" value="100%"/>		

SCHEDA DI BUDGET 2021 - SOC LEGALE, AFFARI GENERALI E GESTIONE RISORSE UMANE

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

H - Trasparenza e anticorruzione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	comparto	
Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021 - 2023: Regolamento aziendale per le missioni 764	aggiornamento regolamento missioni	entro il 30.11 presentazione del documento al direttore amministrativo per la successiva validazione	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%		10%	Responsabile anticorruzione
Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021 - 2023 765	1. Aggiornamento degli obblighi previsti dalla delibera ANAC n. 294 del 13 aprile 2021 2. Garantire i monitoraggi del grado di assolvimento degli obblighi di trasparenza previsti dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021 - 2023	1. Aggiornamento delle sottosezioni di competenza della struttura entro il 31.05.2021 2. invio relazioni trimestrali al RPCT entro il 10 del mese successivo al trimestre	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	10%	10%		10%	Responsabile anticorruzione

I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	comparto	
Regolamento borse di studio 763	1. presentazione proposta 2. adozione del regolamento	1. entro il 31.07 2. entro il 30.09	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	15%	15%		10%	SOC Legale, Affari Generali e gestione Risorse Umane

<b>applicazione artt. 8 e 13 del contratto collettivo relativo al personale del comparto sanità sez. del personale del ruolo della ricerca</b> <b>766</b>	predisposizione documento sistema integrato di valutazione	<b>presentazione del documento alle OOSS entro il 31.10</b>	Viene riconosciuta una franchigia di 15 giorni	<input type="text" value="15%"/>	<input type="text" value="15%"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="10%"/>	SOC Legale, Affari Generali e gestione Risorse Umane
<b>Sperimentazioni cliniche</b> <b>767</b>	1. revisione regolamento 2. predisposizione bozza protocollo operativo ed invio a Direzione Amministrativa	<b>1. entro il 30.09</b> <b>2. entro il 31.12</b>	Il risultato 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	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="10%"/>	SOC Legale, Affari Generali e gestione Risorse Umane
<b>Orario di lavoro personale del comparto: regolamento part-time e regolamento ferie solidali</b> <b>768</b>	revisione/redazione regolamenti e loro recepimento	<b>recepimento entro il 31.12</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="10%"/>	SOC Legale, Affari Generali e gestione Risorse Umane
<b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b> <b>769</b>	condivisione degli obiettivi di budget 2021	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione della scheda firmata da tutti i collaboratori entro il mese successivo dall'adozione della delibera di approvazione budget</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="5%"/>	SOSD Controllo di Gestione
<b>nuovo applicativo Iteratti</b> <b>770</b>	avvio nuovo applicativo	<b>entro il 31.08</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="15%"/>	SOC Legale, Affari Generali e gestione Risorse Umane
<b>sistema di performance</b> <b>771</b>	predisposizione "Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)"	<b>entro il 15.11 presentazioni alle OOSS</b>	Viene riconosciuta una franchigia di 15 giorni	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD controllo di gestione
<b>Recupero pratiche donazioni anni 2019-2020</b> <b>772</b>	evidenza di delibera/determina di accettazione	<b>entro il 31.07</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="15%"/>	SOC Legale, Affari Generali e gestione Risorse Umane
<b>lavoro agile</b> <b>773</b>	mappatura delle attività e indicatori di verifica	<b>entro 30.11 invio del documento al direttore amministrativo e alla SOSD controllo di gestione</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text" value="5%"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="5%"/>	SOC Legale, Affari Generali e gestione Risorse Umane
				<input type="text" value="100%"/>	<input type="text" value="100%"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="100%"/>	

SCHEDA DI BUDGET 2021 - SOC APPROVVIGIONAMENTI, ECONOMATO E LOGISTICA

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

D - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	comparto	
<b>Sistema informativo gestione economico finanziaria ed economato</b>	1. contribuire all'analisi del processo per un'adeguata configurazione del sistema 2. avvio del nuovo sistema	<b>1. partecipazione al 90% delle riunioni convocate</b> <b>2. rispetto del cronoprogramma regionale</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	10%			10%	SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica
<b>736</b>								
<b>Acquisto di beni e regolare gestione delle evidenze contabili dei magazzini</b>	Aggiornamento dello stato patrimoniale	<b>Entro i termini di chiusura del bilancio 2021 ciascun ente aggiorna la base dati inventariale e il relativo libro cespiti in base agli esiti della ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	10%			10%	SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
<b>737</b>								

H - Trasparenza e anticorruzione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	comparto	
<b>Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021 - 2023</b>	1. Aggiornamento degli obblighi previsti dalla delibera ANAC n. 294 del 13 aprile 2021 2. Garantire i monitoraggi del grado di assolvimento degli obblighi di trasparenza previsti dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021 - 2023	<b>1. Aggiornamento delle sottosezioni di competenza della struttura entro il 31.05.2021</b> <b>2. invio relazioni trimestrali al RPCT entro il 10 del mese successivo al trimestre</b>	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	10%			10%	Responsabile anticorruzione
<b>732</b>								

# I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	comparto	
<b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b>	condivisione degli obiettivi di budget 2021	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione della scheda firmata da tutti i collaboratori entro il mese successivo dall'adozione della delibera di approvazione budget</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	5%			5%	SOSD controllo di gestione
<b>733</b>								
<b>Aggiornamento regolamento del campus</b>	regolamento	<b>entro il 31.07</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	10%			10%	SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica
<b>734</b>								
<b>Progetto Protonterapia</b>	1. sottoscrizione contratto di aggiudicazione della protonterapia 2. affidamento del servizio di verificatore progetto 3. affidamento del servizio di collaudatore statico 4. avvio procedura per l'individuazione della direzione dei lavori	<b>1. entro il 30.09 2. entro il 30.11 3. entro il 30.11 4. entro il 31.12</b>	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 singoli target	15%			15%	SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica
<b>735</b>								
<b>Rendicontazione fondi ministeriali</b>	per ogni acquisto vengano rispettati tutti i requisiti dell'art. 80 del codice degli appalti	<b>compilazione del 100% del report di sintesi degli adempimenti previsti per ciascun fornitore</b>	il monitoraggio della compilazione verrà effettuato a partire dagli acquisti del 01.08. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	15%			15%	SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica
<b>738</b>								
<b>trasferimento della medicina nucleare da ASFO al CRO</b>	realizzare tutte le attività correlate al trasferimento	<b>entro il mese di aprile</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	10%			10%	direzione amministrativa
<b>739</b>								
<b>Rispetto tempi di pagamento</b>	numero di fatture riscontrate entro 30 giorni dalla registrazione in SDI	<b>≥ 80%</b>	viene riconosciuta una franchigia del 10%. La valutazione del target è: ≥ 70% = 100% < 70% = 0%	5%			5%	SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
<b>740</b>								
<b>Lavoro agile</b>	mappatura delle attività e indicatori di verifica	<b>entro 30.11 invio del documento al direttore amministrativo e alla SOSD controllo di gestione</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	5%			5%	SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica
<b>741</b>								

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

5%

5%

100%

100%

SCHEDA DI BUDGET 2021 - SOC GESTIONE DELLE TECNOLOGIE CLINICHE, TECNICO-STRUTTURALI E INFORMATICHE

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

D - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	comparto	
<b>Gestione del patrimonio tecnologico biomedicale</b> 748	ricognizione straordinaria del patrimonio tecnologico biomedicale	<b>entro il 31.10.2021 conclusione della ricognizione straordinaria del patrimonio biomedicale</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	5%	20%		5%	SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche
<b>Censimento dei sistemi informatici del CRO da integrare con gli asset regionali</b> 749	Predisporre un documento secondo le linee guida regionali	<b>entro il 31.10.2021</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	5%	10%		5%	SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche

H - Trasparenza e anticorruzione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	comparto	
<b>Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021 - 2023</b> 745	1. Aggiornamento degli obblighi previsti dalla delibera ANAC n. 294 del 13 aprile 2021 2. Garantire i monitoraggi del grado di assolvimento degli obblighi di trasparenza previsti dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021 - 2023 3. Mappatura dei processi della struttura tecnologie	<b>1. Aggiornamento delle sottosezioni di competenza della struttura entro il 31.05.2021</b> <b>2. invio relazioni trimestrali al RPCT entro il 10 del mese successivo al trimestre</b> <b>3. entro il 31.12.2021</b>	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.	10%	10%		10%	Responsabile anticorruzione

## I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	comparto	
<b>trasferimento della medicina nucleare da ASFO al CRO</b>	realizzare tutte le attività correlate al trasferimento	<b>entro il mese di aprile</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	5%	20%		5%	direzione amministrativa
<b>743</b>								
<b>aggiornamento centrale telefonica</b>	realizzazione di tutte le attività correlate all'aggiornamento di relase software	<b>entro il mese di maggio</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%		5%	SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche
<b>744</b>								
<b>Progetto privacy</b>	Adozione di meccanismi di controllo e verifica del corretto utilizzo delle credenziali assegnati al personale dipendente	<b>trasmissione entro il 31.12 alla direzione amministrativa del documento con l'evidenza dei sistemi di controllo</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	5%	10%		5%	SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche
<b>750</b>								
<b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b>	condivisione degli obiettivi di budget 2021	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione della scheda firmata da tutti i collaboratori entro il mese successivo dall'adozione della delibera di approvazione budget</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%		5%	SOSD controllo di gestione
<b>751</b>								
<b>Progetto Protonterapia</b>	1. trasmissione al RUP del capitolato tecnico prestazionale per il servizio di verificatore del progetto 2. trasmissione al RUP del capitolato tecnico prestazionale per il servizio di collaudatore statico 3. trasmissione al RUP del capitolato tecnico prestazionale per il servizio di direzione dei lavori	<b>1. entro il 30.09 2. entro il 30.09 3. entro il 30.11</b>	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 singoli target	10%	10%		10%	SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche
<b>752</b>								
<b>Lavoro agile</b>	mappatura delle attività e indicatori di verifica	<b>entro 30.11 invio del documento al direttore amministrativo e alla SOSD controllo di gestione</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%		5%	SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche
<b>753</b>								
<b>Adozione protocollo con strumento ITERATTI</b>	Implementazione dello strumento per la corrispondenza afferente alla SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie, Direzione Generale e Direzione Scientifica, Affari Generali e Personale, Provveditorato	<b>entro il 31.12.2021</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%		5%	SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche
<b>754</b>								



<b>Monitoraggio, gestione e controllo della legionella all'interno dell'Istituto</b>	predisposizione del protocollo aziendale inerente il monitoraggio, la gestione e il controllo della legionella in collaborazione con SPPA	<b>invio del protocollo alla direzione sanitaria entro il 30.11.2021</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%			10%	direzione sanitaria
<b>870</b>								
<b>predisposizione protocollo inerente al controllo della potabilità delle acque secondo quanto previsto dalla normativa vigente</b>	predisposizione del protocollo aziendale in collaborazione con SPPA	<b>invio del protocollo alla direzione sanitaria entro il 31.12.2021</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%			10%	direzione sanitaria
<b>871</b>								
<b>predisposizione/aggiornamento piano di sicurezza idrico dell'Istituto</b>	predisposizione del piano aziendale in collaborazione con SPPA	<b>invio del protocollo alla direzione sanitaria entro il 31.12.2021</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%			10%	direzione sanitaria
<b>872</b>								
<b>predisposizione/aggiornamento piano di sicurezza elettrico dell'Istituto</b>	predisposizione del piano aziendale in collaborazione con SPPA	<b>invio del protocollo alla direzione sanitaria entro il 31.12.2021</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%			10%	direzione sanitaria
<b>873</b>								
				100%	100%		100%	

SCHEDA DI BUDGET 2021 - SOC GESTIONE RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

D - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	comparto	
<b>Sistema informativo gestione economico finanziaria ed economato</b>	1. contribuire all'analisi del processo per un'adeguata configurazione del sistema 2. avvio del nuovo sistema	<b>1. partecipazione al 90% delle riunioni convocate</b> <b>2. rispetto del cronoprogramma regionale</b>	I risultato vengono valutati come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%.	20%			10%	SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
<b>755</b>								
<b>Acquisto di beni e regolare gestione delle evidenze contabili dei magazzini</b>	1. contribuire all'analisi e alla verifica delle modalità di gestione amministrativa e contabile del processo assieme ad ARCS 2. avvio del nuovo sistema	<b>1. partecipazione alle riunioni convocate</b> <b>2. invio contributi richiesti da ARCS entro il 30.6.2021</b>	I risultato vengono valutati come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%.	10%			5%	SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
<b>756</b>								
<b>Elaborazione dei rendiconti economici periodici ministeriali/regionali alle scadenze fissate</b>	Predisposizione rendiconti regionali e CE Ministeriali	<b>Entro il mese successivo al periodo di riferimento o entro la scadenza indicata dalla Regione</b>	I risultato vengono valutati come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%.%	40%			40%	SOSD controllo di gestione
<b>757</b>								

H - Trasparenza e anticorruzione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	comparto	
<b>Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021 - 2023</b>	1. Aggiornamento degli obblighi previsti dalla delibera ANAC n. 294 del 13 aprile 2021 2. Garantire i monitoraggi del grado di assolvimento degli obblighi di trasparenza previsti dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021 - 2023	<b>1. Aggiornamento delle sottosezioni di competenza della struttura entro il 31.05.2021</b> <b>2. invio relazioni trimestrali al RPCT entro il 10 del mese successivo al trimestre</b>	I risultato 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	10%			10%	Responsabile anticorruzione
<b>758</b>								

## I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	comparto	
<b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b>	condivisione degli obiettivi di budget 2021	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione della scheda firmata da tutti i collaboratori entro il mese successivo dall'adozione della delibera di approvazione budget</b>	I risultato vengono valutati come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%.	5%			5%	SOSD controllo di gestione
<b>759</b>								
<b>Lavoro agile</b>	mappatura delle attività e indicatori di verifica	<b>entro 30.11 invio del documento al direttore amministrativo e alla SOSD controllo di gestione</b>	I risultato vengono valutati come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%.	5%			5%	SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
<b>760</b>								
<b>Fatturazione farmaci innovativi anno 2020</b>	1) Predisposizione elenchi per l'emissione delle fatture 2) invio con la collaborazione della Farmacia delle schede di rilevazione AIFA3) emissione delle fatture attive nel corso del 2020	<b>Trasmissione dell'elenco dettagliato delle fatture emesse entro 31.12.2021</b>	I risultato vengono valutati come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%.	5%			20%	SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
<b>761</b>								
<b>nuovo applicativo Iteratti</b>	avvio nuovo applicativo	<b>entro il 31.12</b>	I risultato vengono valutati come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%.	5%			5%	SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
<b>762</b>								
				100%			100%	

SCHEDA DI BUDGET 2021 - DIREZIONE AMMINISTRATIVA: UFFICIO CASSA

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	comparto	
riorganizzazione delle attività di back office dell'ufficio cassa	evidenza di un documento di ricognizione	entro il 31.10	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"/>	100%	direzione sanitaria
774				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%	

**SCHEDA DI BUDGET 2021 - DIREZIONE AMMINISTRATIVA: UFFICIO RICOVERI**

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

**I - Progettualità aziendali**

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	comparto	
redazione di una istruzione operativa per la registrazione dei contratti dei ricoveri 775	evidenza di un documento	entro il 31.12	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"/>	100%	direzione sanitaria
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%	

SCHEDA DI BUDGET 2021 - DIREZIONE GENERALE

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

D - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	comparto	
Ricognizione delle modalità di pianificazione operativa, funzionamento giornaliero, orario giorn/sett, ore/gg e disponibilità delle sale, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo	Presentazione alla Direzione Centrale Salute e a ARCS di relazione su ipotesi riorganizzativa funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2021	entro il 15.03	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text"/>	20%	<input type="text"/>	<input type="text"/>	direzione generale

717

H - Trasparenza e anticorruzione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	comparto	
Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021 - 2023	1. Aggiornamento degli obblighi previsti dalla delibera ANAC n. 294 del 13 aprile 2021 2. Garantire i monitoraggi del grado di assolvimento degli obblighi di trasparenza previsti dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021 - 2023	1. Aggiornamento delle sottosezioni di competenza della struttura entro il 31.05.2021 2. invio relazioni trimestrali al RPCT entro il 10 del mese successivo al trimestre	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	<input type="text"/>	10%	<input type="text"/>	10%	Responsabile anticorruzione

712

## I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	comparto	
713 sistema di performance	predisposizione "Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)"	entro il 15.11 presentazioni alle OOSS	Viene riconosciuta una franchigia di 15 giorni	<input type="checkbox"/>	20%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD controllo di gestione
714 Gestione di accesso delle prestazioni e delle liste di attesa per la SOC di gastroenterologia	supporto alla predisposizione del modello di gestione	invio del modello alla direzione sanitaria entro il 30.09	viene riconosciuta una franchigia di 15 giorni	<input type="checkbox"/>	25%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	direzione generale
715 Lavoro agile	mappatura delle attività e indicatori di verifica	entro 30.11 invio del documento al direttore amministrativo e alla SOSD controllo di gestione	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	5%	<input type="checkbox"/>	5%	direzione generale
716 definizione del percorso per la modifica delle agende di prestazioni ambulatoriali delle varie strutture	predisposizione procedura	entro il 30.11	viene riconosciuta una franchigia di 15 giorni	<input type="checkbox"/>	20%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	direzione generale
718 Gestione delibere e determine	collaborazione con la direzione amministrativa alla predisposizione di una procedura per la gestione delle delibere e delle determine	nuova procedura entro il 31.12	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"/>	30%	direzione amministrativa
719 Gestione crediti dell'Istituto	1. attivazione delle procedure per iscrizione a ruolo dei crediti dell'Istituto 2. iscrizione a ruolo delle posizioni debitorie	1. entro il 31.08 2. almeno 40 entro il 31.12	1. Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0% 2. viene riconosciuta una franchigia di 5 iscrizioni (≥ 35 = 100%). L'obiettivo viene valutato raggiunto come media del raggiungimento dei singoli target	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30%	direzione generale
720 nuovo applicativo Iteratti	avvio nuovo applicativo	entro il 31.12	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"/>	25%	direzione generale
				<input type="checkbox"/>	100%	<input type="checkbox"/>	100%	

SCHEDA DI BUDGET 2021 - DIREZIONE GENERALE: SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

D - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	comparto	
<p><b>Promozione della salute nei luoghi di lavoro – Realizzare interventi di immunizzazione degli operatori sanitari per la prevenzione e il controllo delle infezioni prevenibili da vaccino</b></p>	<p>1. Analisi dei risultati dello stato di copertura per morbillo, parotite, rosolia, varicella e pertosse, riguardanti tutti i lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nel corso dell'anno (come per il 2020).</p> <p>2. Verifica del numero di dosi di vaccino antiinfluenzale somministrate durante la campagna stagionale 2021/2022.</p>	<p><b>1. Report dicembre 2021 - analisi dei risultati dello stato di copertura per morbillo, parotite, rosolia, varicella, pertosse riguardanti il 90% dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria nel corso dell'anno.</b></p> <p><b>2. Report al 01.02.2022 – calcolo del numero di dosi di vaccino antiinfluenzale somministrate, durante la campagna stagionale 2021/2022 e confronto con i dati 2020/2021.</b></p>	<p>I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15%	SPPA
776								
<p><b>Campagna vaccinale antinfluenzale 2021 – 2022</b></p>	<p>Predisposizione del fabbisogno aziendale</p>	<p><b>Comunicazione al Dipartimento di Prevenzione entro il 31.03.2021</b></p>	<p>I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10%	SPPA

777

I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	comparto	
<p><b>Sensibilizzazione dei cittadini e degli operatori sanitari sul tema della violenza a danno degli operatori</b></p>	<p>Organizzazione ed esecuzione del corso di formazione obbligatoria in modalità online: "Il rischio aggressioni sul luogo di lavoro"</p>	<p><b>almeno 3 edizioni entro il 31.12.2021</b></p>	<p>I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15%	SPPA

778



<b>Monitoraggio, gestione e controllo della legionella all'interno dell'Istituto</b>	predisposizione del protocollo aziendale inerente il monitoraggio, la gestione e il controllo della legionella in collaborazione con la SOC Gestione Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche	<b>invio del protocollo alla direzione sanitaria entro il 30.11.2021</b>	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" value="15%"/> direzione sanitaria
<b>863</b> <b>predisposizione protocollo inerente al controllo della potabilità delle acque secondo quanto previsto dalla normativa vigente</b>	predisposizione del protocollo aziendale in collaborazione con la SOC Gestione Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche	<b>invio del protocollo alla direzione sanitaria entro il 31.12.2021</b>	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" value="15%"/> direzione sanitaria
<b>864</b> <b>predisposizione/aggiornamento piano di sicurezza idrico dell'Istituto</b>	predisposizione del piano aziendale in collaborazione con la SOC Gestione Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche	<b>invio del protocollo alla direzione sanitaria entro il 31.12.2021</b>	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" value="15%"/> direzione sanitaria
<b>865</b> <b>predisposizione/aggiornamento piano di sicurezza elettrico dell'Istituto</b>	predisposizione del piano aziendale in collaborazione con la SOC Gestione Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche	<b>invio del protocollo alla direzione sanitaria entro il 31.12.2021</b>	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" value="15%"/> direzione sanitaria
<b>866</b>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox" value="100%"/>

SCHEDA DI BUDGET 2021 - SOSD CONTROLLO DI GESTIONE

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

D - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	comparto	
Ricognizione delle modalità di pianificazione operativa, funzionamento giornaliero, orario giorn/sett, ore/gg e disponibilità delle sale, con predisposizione e implementazione di riorganizzazione funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo	Presentazione alla Direzione Centrale Salute e a ARCS di relazione su ipotesi riorganizzativa funzionale e ampliamento di tempo di utilizzo, anche con esposizione dello stato ex ante al 31/01/2021;	entro il 15.03	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	20%				direzione generale

731

H - Trasparenza e anticorruzione

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	comparto	
Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021 - 2023	1. Aggiornamento degli obblighi previsti dalla delibera ANAC n. 294 del 13 aprile 2021 2. Garantire i monitoraggi del grado di assolvimento degli obblighi di trasparenza previsti dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021 - 2023	1. Aggiornamento delle sottosezioni di competenza della struttura entro il 31.05.2021 2. invio relazioni trimestrali al RPCT entro il 10 del mese successivo al trimestre	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 singoli target	10%			10%	Responsabile anticorruzione

721

## I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	comparto	
<b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b>	condivisione degli obiettivi di budget 2021	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione della scheda firmata da tutti i collaboratori entro il mese successivo dall'adozione della delibera di approvazione budget</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	5%			5%	SOSD controllo di gestione
<b>722</b>								
<b>applicazione artt. 8 e 13 del contratto collettivo relativo al personale del comparto sanità sez. del personale del ruolo della ricerca</b>	predisposizione documento sistema integrato di valutazione	<b>presentazione del documento alle OOSS entro il 30.11</b>	Viene riconosciuta una franchigia di 15 giorni	5%				SOC Legale, Affari Generali e gestione Risorse Umane
<b>723</b>								
<b>Sperimentazioni cliniche</b>	predisporre in collaborazione con gli affari generali una proposta di ripartizione dei proventi	<b>entro il mese di maggio</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	10%				SOSD controllo di gestione
<b>724</b>								
<b>sistema di performance</b>	predisposizione "Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)"	<b>entro il 15.11 presentazioni alle OOSS</b>	Viene riconosciuta una franchigia di 15 giorni	20%			10%	SOSD controllo di gestione
<b>725</b>								
<b>Elaborazione dati file F e farmaci innovativi</b>	1. elaborazione del flusso dati da caricare nel file f in collaborazione con la SOSD di farmacia 2. elaborazione report per fatturazione farmaci innovativi	<b>1. entro il termine stabilito dalla DCS 2. entro il 30 novembre</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	10%			10%	SOSD controllo di gestione
<b>726</b>								
<b>Sistema informativo gestione economico finanziaria ed economato</b>	1. contribuire all'analisi del processo per un'adeguata configurazione del sistema 2. avvio del nuovo sistema	<b>1. partecipazione al 90% delle riunioni convocate 2. rispetto del cronoprogramma regionale</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	10%			10%	SOSD controllo di gestione
<b>727</b>								
<b>Lavoro agile</b>	mappatura delle attività e indicatori di verifica	<b>entro 30.11 invio del documento al direttore amministrativo e alla SOSD controllo di gestione</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	5%			5%	SOSD controllo di gestione
<b>728</b>								

<b>garantire la gestione dei flussi ministeriali</b>	elaborazione e inserimento dei dati nel sistema n-sis	<b>entro le scadenze previste</b>	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"/>	<b>40%</b>	SOSD controllo di gestione	
<b>729</b>	<b>gestione amministrativa dell'attività di chemioterapia infusione ambulatoriale</b>	predisposizione report sulla completezza delle informazioni amministrative nel cup-web al fine della compensazione farmaci file F	<b>almeno 2</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/> 5%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>10%</b>	SOSD controllo di gestione
<b>730</b>				<input type="checkbox"/> 100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>100%</b>		

SCHEDA DI BUDGET 2021 - DIREZIONE SANITARIA

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

D - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	comparto	
Linea 3.6.8. Rischio clinico e rete cure sicura FVG: applicazione bundle	1. Stabilire i criteri per la definizione e il monitoraggio degli obiettivi presenti nelle schede di budget delle strutture operative 2. Predisporre il monitoraggio a partire dal 2° semestre	1. Formalizzazione con nota entro il mese di giugno 2. Invio monitoraggio all'ufficio controllo di gestione al fine di valutare gli obiettivi delle strutture	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	10%	5%	10%	direzione sanitaria
810								
nuovo piano dietetico regionale	1. condivisione tra il dietista ed i coordinatori delle degenze del nuovo piano regionale 2. revisione del piano delle degenze mediche e chirurgiche	1. riunione entro il 30.09 2. entro il 31.12 invio del documento revisionato alla direzione sanitaria	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"/>	5%	5%	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria
823								
Collaborare al monitoraggio di appropriatezza dei ricoveri previsto dal piano controlli	predisposizione report per monitoraggio obiettivi presenti nelle schede delle strutture operative	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10%	direzione sanitaria
827								

I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	comparto	
Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori	condivisione degli obiettivi di budget 2021	Trasmissione all'ufficio controllo di gestione della scheda firmata da tutti i collaboratori entro il mese successivo dall'adozione della delibera di approvazione budget	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	5%	5%	5%	SOSD controllo di gestione
811								

<b>job description del comparto sanitario e tecnico (OSS) e delle figura che svolgono attività amministrativa</b>	produzione della job	<b>invio al direttore sanitario entro il 31.12</b>	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"/> 10%	<input type="checkbox"/> 5%	direzione sanitaria
<b>812</b>								
<b>Garantire l'attività dell'unità farmaci antiblastici</b>	Contribuire alla produzione personalizzata dei trattamenti chemioterapici	<b>Evasione del 100% della domanda di copertura turni</b>	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"/> 5%	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria
<b>813</b>								
<b>Gestione dei pazienti in isolamento protettivo</b>	stesura procedura per isolamento protettivo	<b>entro 31.12</b>	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"/> 5%	<input type="checkbox"/> 5%	direzione sanitaria
<b>814</b>								
<b>Individuazione delle precauzioni aggiuntive per la gestione dei pazienti con malattie trasmissibili in un contesto ambulatoriale</b>	stesura procedura per TRSM	<b>entro 31.12</b>	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"/> 5%	<input type="checkbox"/> 5%	direzione sanitaria
<b>815</b>								
<b>Igiene delle mani</b>	monitoraggio del consumo di soluzione idroalcolica	<b>almeno 200 osservazioni per strutture sanitarie (DOM, DOC, DAT) e 100 per DRDAT (IBO)</b>	si ritiene raggiunto anche con 180 per strutture sanitarie (DOM, DOC, DAT) e 90 per DRDAT (IBO)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 10%	direzione sanitaria
<b>816</b>								
<b>Monitoraggio applicazione procedura sull'utilizzo dei guanti nel dipartimento DRDAT</b>	1. monitoraggio applicazione procedura 2. predisposizione del report monitoraggio utilizzo guanti nel II semestre	<b>1. almeno 100 osservazioni          2. invio report alla direzione sanitaria entro il 31.12</b>	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%	direzione sanitaria
<b>817</b>								
<b>stesura di un'istruzione operativa dedicata al personale del front office in tema di raccolta dei consensi</b>	1. stesura dell'istruzione 2. organizzazione di incontri con il personale coinvolto per la diffusione del contenuto dell'istruzione	<b>1. entro 31.10          2. entro 30.11</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 15%	<input type="checkbox"/> 5%	<input type="checkbox"/> 10%	direzione sanitaria
<b>818</b>								
<b>Accoglienza pazienti oncologici medici in degenze quarto piano</b>	1. condivisione dei criteri di pazienti 2. produzione istruzione operativa	<b>1. entro il 30.06          2. entro il 15.07</b>	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"/> 5%	<input type="checkbox"/> 5%	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria
<b>819</b>								

<b>garantire l'attività oncologica presso le sedi ASFO</b>	1. definire modello organizzativo per la sede di PN 2. definire modello organizzativo per le sedi di San Vito e Spilimbergo	<b>1. invio alla direzione sanitaria entro il mese di settembre</b> <b>2. invio alla direzione sanitaria entro il mese di ottobre</b>	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"/>	5%	5%	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria	
<b>820</b>	<b>Piattaforme tecnologiche del dipartimento DRDT</b>	collaborare al gruppo di lavoro istituito dalla direzione finalizzato a: - definire le piattaforme più consolidate - descrivere le attività - definire il personale e tecnologie assegnati a tali piattaforme	<b>collaborazione con il dipartimento alla stesura del documento dipartimentale entro 30.11</b>	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"/>	direzione sanitaria
<b>821</b>	<b>Accreditamento ISO 15189</b>	accreditamento secondo la ISO 15189 di alcuni processi diagnostici del DRDT	<b>1. Preparazione alla visita di accreditamento</b> <b>2. Accoglimento della visita di accreditamento</b>	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"/>	direzione sanitaria
<b>822</b>	<b>costituzione di un team dedicato alla gestione dell'ambulatorio per gli accessi vascolari</b>	1. predisposizione del progetto 2. almeno 15 pazienti arruolati per posizionamento pic eseguiti da infermieri impiantatori	<b>1. entro il 15 luglio invio del documento alla direzione sanitaria</b> <b>2. da luglio a dicembre</b>	I risultati vengono valutati come segue: 1. se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% 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 singoli target	<input type="checkbox"/>	5%	10%	<input type="checkbox"/>	direzione sanitaria
<b>824</b>	<b>revisione del regolamento di sala operatoria approvato con delibera n. 178/2011</b>	predisposizione nuovo regolamento	<b>invio proposta alla direzione sanitaria entro il 30 settembre</b>	Obiettivo condiviso con il personale dirigente delle strutture di chirurgia e di anestesia. 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"/>	direzione sanitaria
<b>825</b>	<b>Monitoraggio del rispetto degli orari dell'attività di libera professione intramoenia autorizzati dal direttore sanitario</b>	monitoraggio secondo il format definito a livello aziendale	<b>trasmissione al direttore sanitario della scheda debitamente compilata con frequenza bimestrale a partire dal secondo semestre</b>	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"/>	10%	direzione sanitaria
<b>826</b>	<b>Accreditamento OECI</b>	Attuare per quanto di competenza il piano di miglioramento previsto per l'accreditamento OECI discusso durante la riunione del 30.07	<b>rispetto delle scadenze previste nello scheda di piano di miglioramento</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	10%	10%	10%	direzione sanitaria
<b>828</b>									

Coordinare le attività previste nel corso dell'anno dai diversi sistemi di accreditamento

**evidenza del rispetto dell'indicatore (relazione della direzione sanitaria sulle attività svolte)**

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"/>	10%	direzione sanitaria
--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----	---------------------

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



SCHEDA DI BUDGET 2021 - DIREZIONE SANITARIA: CENTRO ATTIVITÀ FORMATIVE

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	comparto	
Accreditamento del Provider ECM CRO	presentazione della domanda e della documentazione richiesta	1. accoglimento della domanda 2. superamento della visita ispettiva	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	35%	<input type="checkbox"/>	35%	CAF
<b>708</b>								
Organizzare progetto formativo per dare metodi e strumenti a responsabili scientifici e docenti interni per formazione webinar	accreditare evento formativo	erogare progetto formativo	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	30%	<input type="checkbox"/>	30%	CAF
<b>709</b>								
Aggiornamento regolamento comitato scientifico del provider e sua deliberazione	stesura regolamento	deliberazione	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	30%	<input type="checkbox"/>	30%	CAF
<b>710</b>								
Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori	condivisione degli obiettivi di budget 2021	Trasmissione all'ufficio controllo di gestione della scheda firmata da tutti i collaboratori entro il mese successivo dall'adozione della delibera di approvazione	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	5%	<input type="checkbox"/>	5%	SOSD controllo di gestione
<b>711</b>								
				<input type="checkbox"/>	100%	<input type="checkbox"/>	100%	

SCHEDA DI BUDGET 2021 - SOSD FARMACIA

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

D - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	comparto	
<b>linea progettuale 7.2:</b> <b>contenimento spesa farmaceutica e appropriatezza prescrittiva</b>	predisposizione di report di sintesi semestrale e annuale con evidenza dei monitoraggi effettuati, delle iniziative di audit e feedback adottate, delle azioni più significative intraprese e degli esiti conseguiti nel corso del primo semestre e dell'intero anno 2021 (ad esempio per oncologici, immunologici, farmaci per l'epatite C, terapie intra-vitreali, equivalenti, IPP, nota AIFA 96 e nuova nota 97, EBPM ecc ).	<b>1. invio report semestrale alla direzione sanitaria entro il 10.09.2021</b> <b>2. invio report annuale alla direzione sanitaria entro il 28.02.2022</b>	- Report inviati nei termini: si/no (peso 40%) - Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: si/no (peso 60%)	10%	15%		20%	SOSD farmacia
802	<b>linea progettuale 7.4:</b> <b>Contenimento spesa farmaceutica - nell'ambito delle categorie di medicinali di cui è disponibile l'alternativa biosimile, favorire l'impiego delle specialità che garantiscono l'efficienza del SSR</b>	<b>Invio alla DCS di un report di sintesi entro il 28/02/2022</b>	Modalità di valutazione: - Report congruenti in base agli obiettivi assegnati: si/no (peso 60%) - Relazioni inviate nei termini: si/no (peso 40%)	10%	10%		20%	SOSD farmacia
803								

<b>linea progettuale 7.7:</b> <b>Contenimento spesa farmaceutica - distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) dei medicinali</b>	predisposizione di una relazione sull'attività del primo semestre e di una relazione sull'attività annuale entro il 15/04/2022 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)	<b>1. invio relazione semestrale entro il 10.09.2021</b> <b>2. invio relazione annuale entro il 28.02.2022</b>	Modalità di valutazione: - Relazioni congruenti in base agli obiettivi assegnati: sì/no (peso 60%) - Relazioni inviate nei termini: sì/no (peso 40%)	15%	15%		20%	SOSD farmacia
---	--	---	--	-----	-----	--	-----	---------------

804

<b>linea progettuale 7.7:</b> <b>Registri AIFA e recupero rimborsi</b>	1. report di monitoraggio della registrazione dei pazienti e l'inserimento di tutti i dati richiesti, con particolare riferimento ai pazienti extra regione trattati con medicinali innovativi e oncologici innovativi, per consentire il rimborso dei costi sostenuti attraverso il meccanismo della fatturazione diretta 2. Assicurare l'invio delle Richieste di Rimborso secondo le modalità definite da AIFA per tutti i farmaci con accordo MEA, anche attraverso la nuova piattaforma gestione rimborsi.	<b>invio del report alla direzione sanitaria e al controllo di gestione con evidenza del rispetto dei due indicatori entro il 31.12.2021</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	15%		35%	SOSD farmacia
---	--	--	---	-----	-----	--	-----	---------------

805

## I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	comparto	
<b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b>	condivisione degli obiettivi di budget 2021	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione della scheda firmata da tutti i collaboratori entro il mese successivo dall'adozione della delibera di approvazione budget</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%		5%	SOSD controllo di gestione
<b>Percorso di performance anno 2021</b>	individuazione obiettivi correlati alla performance individuale dirigenza 2021	<b>trasmissione alla SOSD controllo di gestione della scheda con l'individuazione degli obiettivi entro un mese dal ricevimento della stessa</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%				SOSD controllo di gestione

801

<b>monitoraggio linea progettuale assistenza farmaceutica per la parte di competenza della struttura</b> <b>806</b>	invio report di monitoraggio	<b>entro i termini previsti per i rendiconti economici trimestrali</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%			SOSD farmacia
<b>Elaborazione dati file F e farmaci innovativi</b> <b>807</b>	1. elaborazione del flusso dati da caricare nel file f in collaborazione con la SOSD controllo di gestione 2. Predisposizione della documentazione da allegare alle fatture di farmaci innovativi	<b>1. entro il termine stabilito dalla DCS</b> <b>2. entro il 30 novembre</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%			SOSD farmacia
<b>Analisi appropriatezza prescrittiva farmaci</b> <b>808</b>	organizzazione di incontri con le strutture operative per l'analisi dell'appropriatezza e dei costi della spesa farmaceutica	<b>almeno due incontri:</b> <b>1. entro il 31.10</b> <b>2. entro il 31.12</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	25%	20%			SOSD farmacia
				100%	100%		100%	

SCHEDA DI BUDGET 2021 - DIREZIONE SCIENTIFICA: SEGRETERIA SCIENTIFICA E UFF. GRANT

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	comparto	
<b>Nuova rendicontazione Ricerca Corrente 2021</b>	Rendicontazione della ricerca corrente secondo i nuovi criteri introdotti dal Ministero della Salute: - valutazione per la "piramide" - anagrafe dei ricercatori - attribuzione DRG a pubblicazioni, trial clinici, progetti di ricerca	<b>Entro le scadenze previste</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	25%	10%		27%	direzione scientifica
<b>850</b>								
<b>Fundraising: sistematizzazione dei processi</b>	Evidenza delle procedure (anche flow chart) relative al processo di fundraising: - modalità operative - rendicontazione - monitoraggio	<b>Entro il 31.12.2021</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%			15%	direzione scientifica
<b>851</b>								
<b>Supporto alla sottomissione e rendicontazione Ricerca Finalizzata e di Rete</b>	Sottomissione di progetti competitivi al Piano Operativo Salute, all'AIRC, al Bando della Ricerca Finalizzata FSN Ministero della Salute (in uscita), al Bando Regionale FVG	<b>Grant sottoposti ≥10</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%	10%		25%	direzione scientifica
<b>852</b>								
<b>Rendicontazione economiche dei progetti</b>	- predisposizione delle check list di rendicontazione per le varie tipologie di progetti - definizione calendario per formazione ricercatori e degli operatori coinvolti nella rendicontazione	<b>Entro il 31.12.2021</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%			20%	direzione scientifica
<b>853</b>								

<b>Valutazione produzione scientifica con aggiornamento obiettivi Dipartimento della Ricerca e della Diagnostica Avanzata dei Tumori</b>	Definizione di uno schema di valutazione e monitoraggio della produzione scientifica del personale delle strutture di ricerca basata sulla tipologia di pubblicazione, numero, altri indicatori bibliometrici e risorse umane	<b>Entro 31.12.2021</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="19%"/>	<input type="text" value="20%"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="10%"/>	direzione scientifica
--	---	-------------------------	---	----------------------------------	----------------------------------	----------------------	----------------------------------	-----------------------

854

<b>Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori</b>	Condivisione degli obiettivi di budget 2021	<b>Trasmissione all'ufficio controllo di gestione della scheda firmata da tutti i collaboratori entro il mese successivo all'adozione della delibera di approvazione budget</b>	I risultati vengono valutati come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="6%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="3%"/>	SOSD controllo di gestione
--	---	---	--	---------------------------------	----------------------	----------------------	---------------------------------	----------------------------

855

<input type="text" value="100%"/>	<input type="text" value="40%"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="100%"/>
-----------------------------------	----------------------------------	----------------------	-----------------------------------

SCHEDA DI BUDGET 2021 - DIREZIONE SCIENTIFICA: UFFICIO TRASFERIMENTO TECNOLOGICO

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	comparto	
Attivazione di nuovi processi di trasferimento tecnologico	Valorizzazione di risultati della ricerca con potenziale di brevettazione e/o trasferibilità all'industria	Negoziante di almeno un nuovo accordo di licenza e/o co-sviluppo	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"/>	50%	direzione scientifica
856								
Promozione di strategie di crescita per il trasferimento tecnologico del CRO	Predisposizione di proposte progettuali dall'UTT candidabili per finanziamento esterno assegnato tramite bandi competitivi	Invio di almeno una grant application dell'UTT, in qualità di coordinatore di progetto o accorpato di altro soggetto, ad agenzie /enti finanziatori	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"/>	47%	direzione scientifica
857								
Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori	Condivisione degli obiettivi di budget 2021	Trasmissione all'Ufficio Controllo di Gestione della scheda firmata da tutti i collaboratori entro il mese successivo all'adozione della delibera di approvazione budget	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"/>	3%	SOSD controllo di gestione
858				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100%	

SCHEDA DI BUDGET 2021 - DIREZIONE SCIENTIFICA: SERVIZIO BIBLIOTECA

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	comparto	
859 Organizzazione del Servizio	Adozione e applicazione della nuova procedura per il pagamento dei costi inerenti la sottomissione e pubblicazione degli articoli	Rilascio della procedura secondo sistema qualità ed evidenza della distribuzione a tutto il personale	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	19%	<input type="checkbox"/>	40%	direzione scientifica
860 Organizzazione del Servizio	Pianificazione, adozione e applicazione della procedura per l'utilizzo della seconda carta di credito istituzionale	Adozione della procedura e report pagamenti anno 2021	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	19%	<input type="checkbox"/>	40%	direzione scientifica
860 Organizzazione del Servizio	Aggiornare la mappatura delle attività della Biblioteca e programmare nuove azioni di miglioramento.	Report che illustra il rafforzamento dell'integrazione tra i diversi uffici e servizi che fanno capo alla Direzione Scientifica.	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	19%	<input type="checkbox"/>	17%	direzione scientifica
861 Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori	Condivisione degli obiettivi di budget 2021	Trasmissione all'ufficio controllo di gestione della scheda firmata da tutti i collaboratori entro il mese successivo all'adozione della delibera di approvazione budget	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="checkbox"/>	3%	<input type="checkbox"/>	3%	SOSD controllo di gestione
862				<input type="checkbox"/>	60%	<input type="checkbox"/>	100%	



SCHEDA DI BUDGET 2021 - SOC EPIDEMIOLOGIA ONCOLOGICA

Si precisa che i pesi percentuali in termini di incentivazione sono assegnati secondo i seguenti criteri:

- 10% al rispetto dell'equilibrio di bilancio
- 90% distribuito agli obiettivi incentivati presenti nella seguente scheda di budget

C - Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	comparto	
Mantenimento produzione scientifica: <b>Impact Factor</b>	1. Impact factor grezzo frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati 2. Impact factor normalizzato frazionato anno 2021 relativo agli articoli pubblicati	<b>1. &gt; media impact factor grezzo frazionato 2018-2020 relativo agli articoli pubblicati</b> <b>2. &gt; impact factor normalizzato frazionato anno 2020 relativo agli articoli pubblicati</b>	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%.	30%	50%		10%	direzione scientifica

900

D - Progettualità regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	comparto	
Registrazione dei tumori in Friuli Venezia Giulia	Aggiornamento Incidenza dei tumori in FVG al 2019	<b>Produzione report per la Direzione Strategica e la Regione Friuli Venezia Giulia</b>	Evidenza del report su sito internet CRO e/o regione FVG	25%	25%		50%	SOC Epidemiologia
Impatto della sovra diagnosi oncologica in Friuli Venezia Giulia	Produzione di stime regionali inclusi impatti economici e di salute individuale	<b>Produzione di un report condiviso con ARCS FVG</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%		10%	SOC Epidemiologia
Linea progettuale 2.11 - Malattie infettive prioritarie	Collaborazione con la Regione alla stesura del piano pandemico (Pan Flu)	<b>Entro il 31.12.2021</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%				direzione sanitaria
Coordinare le attività previste nella linea progettuale 6.6 - Rischio clinico e rete cure sicure	Predisposizione e invio alla direzione sanitaria di almeno due monitoraggi	<b>1. al 30/09/2021</b> <b>2. al 31/12/2021</b>	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%				direzione sanitaria

906

## I - Progettualità aziendali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE				RESPONSABILE DEL DATO
				responsabile	dirigenza	incarichi di funzione	comparto	
Attività divulgativa	Aggiornamento opuscolo prevenzione	Entro il 31.12.2021	Evidenza dell'aggiornamento	10%	10%		30%	SOC Epidemiologia
903								
Diffusione formale degli obiettivi di budget ai collaboratori	Condivisione degli obiettivi di budget 2021	Trasmissione all'ufficio controllo di gestione della scheda firmata da tutti i collaboratori entro il mese successivo dall'adozione della delibera di approvazione budget	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	5%	5%			SOSD controllo di gestione
904								
				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: 16/09/2021 15:58:51

IMPRONTA: 134FC94E3434F1C9B35EF8EA55C9C4C54FA7D7425D9E460648E23ED25474BFC1  
4FA7D7425D9E460648E23ED25474BFC1FC86411A878ADF689508346922682313  
FC86411A878ADF68950834692268231334A0EFB8F14C35EDDC42BCCA31594D0F  
34A0EFB8F14C35EDDC42BCCA31594D0FDEE3D1FD65EF6074069858A3F09D2EC6

NOME: LORENA BASSO

CODICE FISCALE: BSSLRN70L63I403Q

DATA FIRMA: 16/09/2021 16:30:46

IMPRONTA: 961130E83ADA88B102575E23AB4D764D46F469041FD4CC3D54EC1A9571BBFC64  
46F469041FD4CC3D54EC1A9571BBFC641876E7F3709548AE4C673AC08DBC3F36  
1876E7F3709548AE4C673AC08DBC3F36AA44CF1E70D3DBBA3C2FAF3813E51D88  
AA44CF1E70D3DBBA3C2FAF3813E51D8832725913CB724F8DDCD5F24BF11FAA9C

NOME: CRISTINA ZAVAGNO

CODICE FISCALE: ZVGCST68P69Z401X

DATA FIRMA: 16/09/2021 16:39:49

IMPRONTA: 757F1BA2EC726B4EDE2EAF759AF3AA7391BA1EBBE35914591CFF790B10C3A854  
91BA1EBBE35914591CFF790B10C3A85435F750CC535173655239F9054E36E238  
35F750CC535173655239F9054E36E2383ED43228E756CC56D4B682FE128C8126  
3ED43228E756CC56D4B682FE128C8126C97E4DA8EB05CD9A2F1438ED5CF1ECC8

NOME: SILVIA FRANCESCHI

CODICE FISCALE: FRNSLV55B49F205D

DATA FIRMA: 16/09/2021 16:45:09

IMPRONTA: 20FDA8BBF06FE03B5DEAA1FEDED3927936589FD62674A411492D6B05206E6076  
36589FD62674A411492D6B05206E607627EAB9528FB0D9B430B78403EAF6A2C2  
27EAB9528FB0D9B430B78403EAF6A2C20C3DDAEA43F81D2DE21FE5CBB511C618  
0C3DDAEA43F81D2DE21FE5CBB511C61865224480443BB14DB901AFEC8B3EE954

NOME: NELSO TRUA

CODICE FISCALE: TRUNLS68E13C352L

DATA FIRMA: 16/09/2021 18:03:09

IMPRONTA: 06D484E207730241635E46A8CEEEEE2CA649577E900F4D38BFB7D46CF6DFAFD  
CA649577E900F4D38BFB7D46CF6DFAFD266343843990DFD46E408055446F678B  
266343843990DFD46E408055446F678B2EE282B7E2182A8615081960C2362336  
2EE282B7E2182A8615081960C2362336392E04DE7BE9FAB29D7095673643C71A

NOME: "FRANCESCA TOSOLINI"

CODICE FISCALE: TSLFNC68M54L483X

DATA FIRMA: 16/09/2021 18:08:32

IMPRONTA: 3D66ABD3D4EE6A0A84A5E1EAFEC2EDC1411A6C8637FF8A9968DF0ECAAADA8723  
411A6C8637FF8A9968DF0ECAAADA87234E1E1C56D495964C5D6B37B0FCBC192B  
4E1E1C56D495964C5D6B37B0FCBC192B655AE3356375CA8CCDF3A0C5B8AF515E  
655AE3356375CA8CCDF3A0C5B8AF515E8A43A0C0AEF7CB1F4B3F249B9E3F31F7

**IRCCS CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO DI AVIANO**

---

**CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE NELL'ALBO ON-LINE**

Copia della presente deliberazione viene pubblicata nell'Albo on-line del C.R.O. per 15 giorni consecutivi dal 17/09/2021, ai sensi dell'art. 32, comma 1, della Legge 18.06.2009, n. 69.

---

**CERTIFICATO DI ESECUTIVITÀ**

La presente deliberazione è divenuta esecutiva il 17/09/2021, ai sensi del combinato disposto degli artt. 46 e 50 della L.R. 19.12.1996 n. 49.

---

Inviato per quanto di competenza a:

- UFFICIO BILANCIO
- UFFICIO AFFARI GENERALI E LEGALI
- UFFICIO CONTROLLO DI GESTIONE
- UFFICIO INVESTIMENTI
- UFFICIO PROVVEDITORATO-ECONOMATO
- UFFICIO TECNICO
- CAF CENTRO ATTIVITA' FORMATIVE
- GESTIONE DELLE RISORSE UMANE
- DIREZIONE SCIENTIFICA
- DIREZIONE SANITARIA
  
- DIR. DIP.
- URP
- UFF. PRESTAZIONI

Aviano, li 17/09/2021

L'INCARICATO  
Silvia Pivetta

---

# 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: SILVIA PIVETTA

CODICE FISCALE: PVTSLV87P50G888M

DATA FIRMA: 17/09/2021 09:41:01

IMPRONTA: 2B4A37150B94167B5186D5A2B88EFF2AD5CF3C46984918873D6DE24936226B7C  
D5CF3C46984918873D6DE24936226B7CE8325BF28340B8487D0B5D8E184D4E3F  
E8325BF28340B8487D0B5D8E184D4E3F6F1D496ECA02087C33A7A7259E0E9667  
6F1D496ECA02087C33A7A7259E0E96676F319F41A21A7419057F459263333D58