

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.l. 31/07/1990, 18/01/2005, 11/12/2009)

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N° **290** DEL **16/07/2018**

OGGETTO

APPROVAZIONE BUDGET 2018

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Ing. Mario Tubertini

***nominato con Decreto del Presidente della Regione FVG n. 091/Pres. del 08.05.2015
e incaricato con contratto n. 714/AP dell'11.05.2015,
a decorrere dal 18.05.2015 e sino al 31.12.2018***

OGGETTO: APPROVAZIONE BUDGET 2018

IL DIRETTORE GENERALE

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;

Vista la deliberazione di Giunta Regionale n. 2667 del 28.12.2017 che approva in via definitiva il documento “Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale nel 2018” nel quale sono definiti:

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

Richiamata la deliberazione del direttore generale n. 151 del 30 marzo 2018 con la quale è stato adottato il “Programma annuale e Bilancio preventivo 2018”;

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 2018, ha individuato le linee di attività dell’area clinico-assistenziale e di ricerca e ha declinato, nel proprio contesto aziendale, gli obiettivi afferenti alle linee progettuali indicate dalla Regione;

Richiamata la delibera di Giunta regionale n. 736 del 21.03.2018 di approvazione del patto 2018 tra regione e direttori generali degli enti del servizio sanitario regionale;

Richiamato l’atto aziendale che definisce la struttura organizzativa aziendale;

Preso atto che l’iter seguito per la definizione del Budget è stato articolato nelle seguenti fasi, così come previsto dal documento “Percorso di budget 2018”:

1. mesi di gennaio-febbraio 2018: predisposizione dei report di analisi della performance delle strutture cliniche e di ricerca, triennio 2015-2017, con particolare riferimento ai criteri/indicatori IRCCS e agli indicatori/target regionali e predisposizione delle proposte di budget delle singole strutture dell’atto aziendale;
2. 20 febbraio 2018: presentazione delle linee di gestione 2018 al collegio di direzione;
3. periodo 19.03.2018- 31.05.2018: svolgimento degli incontri di negoziazione tra la direzione strategica e le singole strutture operative dei dipartimenti clinici e di ricerca;
4. mese di giugno 2018: predisposizione delle schede definitive e trasmissione delle stesse ai responsabili di budget con nota del Direttore Generale (prot. 11674/DG del 14.06.2018), con invito a restituirne copia firmata dal responsabile ed a comunicarne i contenuti ai collaboratori tramite firma di presa visione;
5. mese di giugno 2018: individuazione e assegnazione degli obiettivi di budget delle strutture/uffici delle direzioni (generale, amministrativa, sanitaria e scientifica);

Considerato che gli obiettivi/progetti contenuti nelle schede di budget sono coerenti con le finalità

contenute nella programmazione aziendale 2018;

Precisato che per le strutture dei dipartimenti clinici e di ricerca sono stati individuati anche gli obiettivi RAR che saranno oggetto di verifica/approvazione in sede di accordi integrativi per l'area del comparto e della dirigenza;

Precisato che le fasi di monitoraggio e valutazione sono disciplinate nel documento "Percorso di budget 2018";

Preso atto che l'Organismo indipendente di valutazione (OIV) nelle sedute del 23.05.2018 e 04.07.2018 ha preso in esame le schede di budget che rappresentano una conferma/consolidamento di quanto già realizzato negli esercizi precedenti,

Ritenuto di approvare il percorso di budget e le schede di budget negoziate per l'anno 2018, che costituiscono parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

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.;

Vista la L.R. 19.12.1996, n. 49 "*Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo del Servizio sanitario regionale e disposizioni urgenti per l'integrazione socio-sanitaria.*" 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.;

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

del Direttore Sanitario, Dott.ssa Valentina Solfrini,

del Direttore Amministrativo, Dott. Renzo Alessi

e del Direttore Scientifico f.f. Dott.ssa Silvia Franceschi

DELIBERA

1. di prendere atto della conclusione del percorso di definizione degli obiettivi di budget 2018;
2. di approvare il documento del percorso di budget 2018 (Allegato A) e le schede di budget (Allegato B) allegati.

Allegati n. 2



Allegato A

Percorso di budget 2018

Con delibera n. 2667 del 28.12.2017, la Giunta Regione Friuli Venezia Giulia ha approvato le “Linee per la gestione del Servizio Sanitario e Socio Sanitario regionale anno 2018”.

Con delibera n. 151 del 30 marzo 2018, il CRO ha adottato il Programma Annuale e Bilancio Preventivo 2018.

Avendo quindi a disposizione tutti gli elementi necessari, si avvia il percorso di budget attraverso il quale i direttori e responsabili delle strutture operative del CRO verranno portati a conoscenza dell'evoluzione definitiva della programmazione aziendale per il 2018 e potranno concertare con la direzione dell'Istituto le modalità più adeguate per conseguire gli obiettivi loro assegnati, comprese le risorse collegate al conseguimento dei target di esercizio.

Il percorso

Il percorso prevede le seguenti fasi:

1. predisposizione report di analisi della performance, triennio 2015-2017, con particolare riferimento ai criteri / indicatori IRCCS e agli indicatori / target regionali;
2. predisposizione della proposta di budget 2018 e svolgimento degli incontri di negoziazione di budget tra la direzione strategica e le varie strutture operative dei vari dipartimenti;
3. individuazione ed assegnazione obiettivi di budget delle strutture/uffici delle direzioni (generale, amministrativa, sanitaria e scientifica);
4. predisposizione definitiva delle schede di budget da parte della direzione strategica;
5. approvazione con delibera del Direttore Generale delle schede di budget;
6. monitoraggio e revisione del budget a partire dal secondo semestre (n. 2 appuntamenti di eventuale revisione infra-esercizio).

A. La scheda di Budget

Ciascuna struttura operativa complessa e semplice dipartimentale (nel caso di risorse e attività chiaramente attribuibili) dispone di una scheda riepilogativa nella quale sono evidenziati gli obiettivi, gli indicatori, i target e le risorse di personale negoziate. Per le strutture dei dipartimenti clinici e di ricerca finalizzata sono stati individuati anche gli obiettivi RAR che saranno oggetto di verifica/approvazione in sede di accordi integrativi per l'area del comparto e della dirigenza.

B. La valutazione degli obiettivi

Il raggiungimento degli obiettivi deve essere attestato 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 misurazione e valutazione della performance di ciascuna struttura nel suo complesso; a tale scopo l'OIV può richiedere supplementi di istruttoria rispetto alla documentazione proposta dalle Direzioni competenti, qualora la stessa non sia ritenuta probatoria.

C. La valutazione individuale

Per accedere alla corresponsione della retribuzione di risultato per la dirigenza e della produttività collettiva per il comparto è necessario che vi sia una valutazione positiva sull'operato dei professionisti nel corso dell'anno. Per l'anno 2018 non vi saranno graduazioni ulteriori all'interno di un giudizio positivo complessivo.

Valutazione della dirigenza

La valutazione individuale dovrà essere effettuata dal dirigente responsabile, in qualità di valutatore di prima istanza, utilizzando una apposita Guida alla Valutazione in formato elettronico, predisposta dalla Direzione del CRO.

La Guida alla Valutazione per il personale dirigente è articolata in specifiche dimensioni, ciascuna delle quali comprende più fattori di osservazione, che consentono di produrre un giudizio complessivo finale.

Tra i fattori di osservazione saranno riportati anche quelli riguardanti gli obiettivi presenti nella scheda di budget 2018, al fine di rendere coerenti i due strumenti di valutazione.

I fattori di osservazione che riguardano l'attività scientifica saranno valutati per tutti a cura della Direzione Scientifica.

L'esame della performance individuale non può essere liquidata alla stregua di un mero adempimento formale, bensì deve essere condotta dal valutatore di prima istanza nel corso di un colloquio/confronto con il diretto interessato; quest'ultimo deve sottoscrivere il giudizio complessivo anche qualora non sia d'accordo sul risultato: in questo caso ha facoltà di motivare il disaccordo per iscritto, chiedendo una valutazione aggiuntiva, ovvero di seconda istanza, da parte dell'OIV.

L'occasione del confronto per la valutazione individuale dovrà 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.

D. Sistema premiante

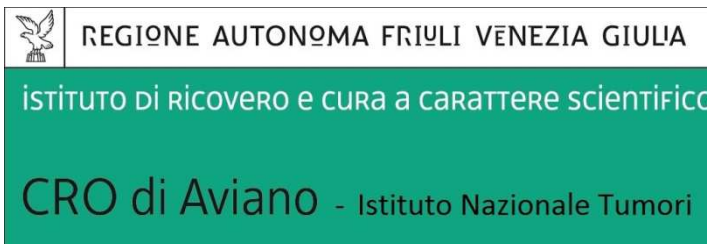
Come già riportato nel paragrafo precedente, il personale accede alla corresponsione della retribuzione di risultato/produttività solo in presenza di una valutazione positiva individuale.

Viene, inoltre, introdotta la seguente scala di verifica e valutazione della performance di struttura raccordata con la scala di riconoscimento dell'indennità di risultato/produttività collettiva.

ANNO 2018

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

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



Schede di Budget 2018

Allegato B

BUDGET 2018

Dipartimento di Oncologia Clinica

pagg. 01-33

Dirigenza

Comparto

SOC Oncologia Medica e dei Tumori Immunocorrelati	x		pagg. 01-03
SOC Oncologia Medica e Prevenzione Oncologica	x		pagg. 04-06
SOC Oncologia CRO di Area Vasta Pordenonese	x		pagg. 07-09
SOC Chirurgia Oncologica del Seno	x		pagg. 10-12
SOC Chirurgia Oncologica Ginecologica	x		pagg. 13-15
SOC Gastroenterologia Oncologica Sperimentale	x		pagg. 16-18
SOC Anestesia e Rianimazione	x		pagg. 19-21
SOSD Oncoematologia Trapianti Emopoietici e Terapie Cellulari	x		pagg. 22-24
SOC Chirurgia Oncologica Generale	x		pagg. 25-27
SOSD Psicologia Oncologica	x		pagg. 28-30
SOSD Medicina del dolore clinica e sperimentale	x		pagg. 30-31
Personale del Comparto dipartimento		x	pagg. 32-33

Dipartimento della Ricerca e della Diagnostica avanzata dei Tumori

pagg. 34-50

Dirigenza

Comparto

SOC Oncogenetica e Oncogenomica funzionale	x		pagg. 34-35
SOC Oncol. Molecolare e Modelli Preclin. di Progress. Tumorale	x		pagg. 36-37
SOC Farmacologia Sperimentale e Clinica	x		pagg. 38-39

SOC Immunopatologia e Biomarcatori Oncologici	x		pagg. 40-41
SOC Oncoematologia Clinico Sperimentale	x		pagg. 42-43
SOSD Anatomia Patologica ad indirizzo oncologico	x		pagg. 44-46
SOSD Trattamento di cellule staminali per le terapie cellulari	x		pagg. 47-48
Personale del Comparto dipartimento		x	pagg. 49-50

Dipartimento delle Alte Tecnologie

pagg. 51-69

	Dirigenza	Comparto	
SOC Radiologia	x	x	pagg. 51-55
SOC Medicina Nucleare	x	x	pagg. 56-59
SOC Fisica Sanitaria	x	x	pagg. 60-62
SOC Oncologia Radioterapica	x	x	pagg. 63-66
SOSD Area di Oncologia Integrata Adolescenti e Giovani Adulti	x		pagg. 67-69

Direzione Amministrativa

pagg. 70-74

	Dirigenza	Comparto	
SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica	x	x	pag. 70
SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche	x	x	pag. 71
SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie	x	x	pag. 72
SOC Legali, Affari Generali e gestione Risorse Umane	x	x	pagg. 73-74

Direzione Generale

pagg. 75-78

	Dirigenza	Comparto	
Direzione Generale (segreteria, SPPA, URP)		x	pagg. 75-77
SOSD Controllo di Gestione	x	x	pag. 78

Direzione Sanitaria

pagg. 79-81

	Dirigenza	Comparto	
SOSD Direzione delle professioni sanitarie	x		pag. 79
SOSD Direzione Medica di Presidio	x	x	pag. 80
SOSD Farmacia	x	x	pag. 81

Direzione Scientifica

pagg. 82-89

	Dirigenza	Comparto	
Direzione Scientifica (Uffici di staff)	x	x	pagg. 82-88
SOC Epidemiologia e Biostatistica	x	x	pag. 89

BUDGET 2018 - SOC ONCOLOGIA MEDICA E DEI TUMORI IMMUNOCORRELATI - DIRIGENZA

Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Mantenimento volumi e produttività storica 2016	Valore di produzione per medico	≥ 570.000	Vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: € 552.000. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 564.300. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo. Nella valutazione verrà riconosciuta la differenza tariffaria dell'attività di chemioterapia, calcolata sull'incremento del n. di chemio ambulatoriali 2018 rispetto al 2016.	€ 573.206	30%		SOSD Controllo di Gestione

Attrattività e autosufficienza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Mantenimento della quota di attrazione extraregionale 2016	% dimessi ordinari da fuori Regione	≥ 55%	Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	56,90%	5%		SOSD Controllo di Gestione

Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Chemioterapie in fine vita per residenti (< 15gg prima del decesso)	% di chemioterapie fine vita	≤ 4%	Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sopra della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	3,23%	5%		SOSD Controllo di Gestione
Implementazione delle cartelle oncologiche informatizzate	% di cartelle implementate relativamente ad almeno questi campi: protocollo/farmaco, diagnosi/sede, stadiazione.	≥ almeno il 95% dei pazienti	Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	97,14%	10%		SOSD Controllo di Gestione

Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per i ricoveri	Indice di performance priorità A	Target regionale: ≥ 95% priorità A	Il risultato viene valutazione come segue: ≥ 95% = 100% < 95% = 0%	92,51%	5%	<input type="checkbox"/>	Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento
---	----------------------------------	---	--	---------------	----	--------------------------	--

Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la visita oncologica	Indice di performance priorità B	1. target regionale: ≥ 95% priorità B 2. incremento del 5% del numero di prime visite oncologiche (anno 2017)	I target vengono valutati come segue: 1° target: ≥ 95% = 100% < 95% = 0% 2° target: numero prime visite oncologiche ≥ anno 2017 + 5% = 100% numero prime visite oncologiche < anno 2017 + 5% = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target.	96,36%	10%	<input type="checkbox"/>	Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento
---	----------------------------------	--	--	---------------	-----	--------------------------	--

consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Contenimento del consumo dei prodotti farmaceutici (ospedalieri e diretta)	Valore assegnato	≤ € 8.156.000	Viene riconosciuta una franchigia del 2% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sopra della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	7.995.706	10%	<input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di Gestione

Linee progettuali regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Linea progettuale regionale 3.7.6 Individuazione del medico responsabile della gestione del paziente	% di pazienti con ricovero ordinario di durata > 4 giorni che ricevono l'informazione del medico responsabile	≥ 90% dei pazienti con un ricovero di durata > 4 giorni	Valutazione da parte della direzione sanitaria		5%	<input type="checkbox"/>	Direzione Sanitaria

Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
-----------	----------------------	-------------	---------------------	-------------	---------------------	---------	-----------------------

Mantenimento livello di produzione scientifica	Punti di impact factor normalizzato frazionato (\geq media quinquennale 2013-2017)	$\geq 134,464$	Vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 67,23. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 125,05. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo	149	15%	<input type="checkbox"/>	biblioteca scientifica
---	---	----------------	--	-----	-----	--------------------------	------------------------

miglioramento della produzione scientifica	Partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		5%	<input type="checkbox"/>	biblioteca scientifica
---	--	--	---	--	----	--------------------------	------------------------

Progetti RAR

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
attivazione ambulatori integrati	Viene garantita la rotazione dei medici sulle due sedi dell'oncologia	Da ottobre 2018	Viene riconosciuta una franchigia di 30 giorni		0%	X	Direzione Sanitaria

(*) l'obiettivo RAR potrà essere modificato dagli accordi sindacali

100%

Risorse negoziate:

n. 1 dirigente medico da ottobre

BUDGET 2018 - SOC ONCOLOGIA MEDICA E PREVENZIONE ONCOLOGICA - DIRIGENZA

Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Mantenimento volumi e produttività storica 2016	Valore di produzione per medico	≥ € 787.000	Vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: € 763.400. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: € 779.130. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo. Nel calcolo, il direttore della SOC viene considerato al 50% in quanto dirigente medico universitario. Inoltre nella valutazione verrà riconosciuta la differenza tariffaria dell'attività di chemioterapia, calcolata sull'incremento del n. di chemio ambulatoriali 2018 rispetto al 2016.	€ 791.054	30%		SOSD Controllo di Gestione

Attrattività e autosufficienza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Mantenimento della quota di attrazione extraregionale	% dimessi ordinari da fuori Regione	≥ 57%	Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	60,57%	5%		SOSD Controllo di Gestione

Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Chemioterapie in fine vita per residenti (< 15gg prima del decesso)	% di chemioterapie fine vita	≤ 4%	Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sopra della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	3,23%	5%		SOSD Controllo di Gestione

Implementazione delle cartelle oncologiche informatizzate	% di cartelle implementate relativamente ad almeno questi campi: protocollo/farmaco, diagnosi/sede, stadiazione.	≥ almeno il 95% dei pazienti	Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	96,02%	10%		SOSD Controllo di Gestione
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per i ricoveri	Indice di performance priorità A	Target regionale: ≥ 95% priorità A	Il risultato viene valutazione come segue: ≥ 95% = 100% < 95% = 0%	97,09%	5%		Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la visita oncologica	Indice di performance priorità B	1. target regionale: ≥ 95% priorità B 2. incremento del 5% del numero di prime visite oncologiche (anno 2017)	I target vengono valutati come segue: 1° target: ≥ 95% = 100% < 95% = 0% 2° target: numero prime visite oncologiche ≥ anno 2017 + 5% = 100% numero prime visite oncologiche < anno 2017 + 5% = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target.	92,73%	10%		Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento

Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Contenimento del consumo dei prodotti farmaceutici (ospedalieri e diretta)	Valore assegnato	≤ € 12.443.000	Viene riconosciuta una franchigia del 2% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sopra della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	12.198.770	10%		SOSD Controllo di Gestione

Linee progettuali regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Linee progettuale regionale 3.7.6 Individuazione del medico responsabile della gestione del paziente	% di pazienti con ricovero ordinario di durata > 4 giorni che ricevono l'informazione del medico responsabile	≥ 90% dei pazienti con un ricovero di durata > 4 giorni	Valutazione da parte della direzione sanitaria		5%		Direzione Sanitaria

Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
-----------	----------------------	-------------	---------------------	-------------	---------------------	---------	-----------------------

Mantenimento livello di produzione scientifica	Punti di impact factor normalizzato frazionato (\geq media quinquennale 2013-2017)	$\geq 71,412$	Vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 35,71. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 66,41. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	66	10%		biblioteca scientifica
Miglioramento della produzione scientifica	Partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	Garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		5%		biblioteca scientifica
Progetto terapie cellulari avanzate (melanoma e colon) in collaborazione con l'IRST di Meldola	Numero pazienti arruolati	Almeno 1 entro il 31.12.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		5%		Direzione Sanitaria

Progetti RAR

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Attivazione ambulatori integrati	Viene garantita la rotazione dei medici sulle due sedi dell'oncologia	Da ottobre 2018	Viene riconosciuta una franchigia di 30 giorni		0%	X	Direzione Sanitaria

(*) l'obiettivo RAR potrà essere modificato dagli accordi sindacali

100%

Risorse negoziate:

nessuna

BUDGET 2018 - SOC ONCOLOGIA CRO DI AREA PORDENONESE - DIRIGENZA

Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Mantenimento volumi e produttività storica	Valore di produzione per medico	≥ € 423.000	Vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: € 410.493 Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 418.957. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo	€ 439.175	35%		SOSD Controllo di Gestione

Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Chemioterapie in fine vita per residenti (< 15gg prima del decesso)	% di chemioterapie fine vita	≤ 4%	Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sopra della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	3,23%	5%		SOSD Controllo di Gestione
Implementazione delle cartelle oncologiche informatizzate	% di cartelle implementate relativamente ad almeno questi campi: protocollo/farmaco, diagnosi/sede, stadiazione.	≥ almeno il 95% dei pazienti	Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	96,98%	15%		SOSD Controllo di Gestione
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la visita oncologica	Indice di performance priorità B	1. target regionale: ≥ 95% priorità B 2. mantenimento del numero di prime visite oncologiche (anno 2017)	I target vengono valutati come segue: 1° target: ≥ 95% = 100 < 95% = 0% 2° target: numero prime visite oncologiche ≥ anno 2017 = 100% numero prime visite oncologiche < anno 2017 = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target.	95,04%	15%		Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento

consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Contenimento del consumo dei prodotti farmaceutici (ospedalieri e diretta)	Valore assegnato	≤ € 5.663.000	Viene riconosciuta una franchigia del 2% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sopra della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	5.552.369	10%	<input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di Gestione

Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Mantenimento livello di produzione scientifica	Punti di impact factor normalizzato frazionato	≥ 6,055	Vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 3,03. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 5,63. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo	12	10%	<input type="checkbox"/>	biblioteca scientifica

Miglioramento della produzione scientifica	Partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	Garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		5%	<input type="checkbox"/>	biblioteca scientifica
--	--	--	---	--	----	--------------------------	------------------------

Progetto terapie cellulari avanzate (melanoma e colon) in collaborazione con l'IRST di Meldola	Numero pazienti arruolati	Almeno 1 entro il 31.12.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		5%	<input type="checkbox"/>	Direzione Sanitaria
--	---------------------------	-------------------------------------	---	--	----	--------------------------	---------------------

Progetti RAR

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Partecipazione meeting multidisciplinari (mammella, gastroenterico e ovaio)	Partecipazione agli incontri multidisciplinari	Presenza di un medico almeno al 50% degli incontri	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		0%	X	Direzione Sanitaria

(*) l'obiettivo RAR potrà essere modificato dagli accordi sindacali

100%

Risorse negoziate:

n. 200 ore massime di prestazioni aggiuntive complessive per i medici (dopo aver utilizzato tutti gli altri strumenti di incentivazione). Verrà garantita l'attività di Spilimbergo con l'acquisto di prestazioni (un pomeriggio per 4 ore a settimana).

BUDGET 2018 - SOC ONCOLOGIA CHIRURGICA ONCOLOGICA DEL SENO - DIRIGENZA

Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Mantenimento volumi e produttività storica	Valore di produzione per medico	≥ € 870.000	Vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: € 843.900. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: € 861.300. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo. L'obiettivo viene valutato considerando n. 4 unità di dirigente medico.	€ 859.367	25%		SOSD Controllo di Gestione

Attrattività e autosufficienza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Miglioramento dell'attrattività extraregionale dell'attività in regime di ricovero ordinario	% dimessi ordinari da fuori Regione	≥ 50%	Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	50,73%	10%		SOSD Controllo di Gestione

Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Compilazione esaustiva della cartella clinica	3 monitoraggi quadrimestrali con criteri di campionatura usati per il monitoraggio regionale (esclusi FUT)	≥ 95%	Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	93,09%	10%		Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento

Completezza della codifica delle schede di dimissione ospedaliera (SDO)	Monitoraggi previsti dal piano controlli regionale	≥ 95%	Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	su un campione di 63 cartelle, la completezza delle SDO è di 98,41%	10%	<input type="checkbox"/>	Direzione Sanitaria
Rispetto budget Beni sanitari in rapporto all'attività svolta	Incidenza del costo per beni di consumo sanitari (esclusi farmaci) sul n.ro interventi stabile rispetto al 2016	≤ € 615	Viene valutato in coerenza con quanto conseguito rispetto all'obiettivo quanti - qualitativo della produzione	583	5%	<input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di Gestione
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per intervento neoplasia mammella	Indice di performance priorità A	Target regionale: ≥ 95% priorità A	Il risultato viene valutato come segue: ≥ 95% = 100% < 95% = 0%	95,82%	10%	<input type="checkbox"/>	Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la visita chirurgia senologica	Indice di performance priorità D	1. target regionale: ≥ 90% priorità D 2. mantenimento del numero di prime visite senologiche (anno 2017)	I target vengono valutati come segue: 1° target: ≥ 90% = 100% < 90% = 0% 2° target: numero prime visite senologiche ≥ anno 2017 = 100% numero prime visite senologiche < anno 2017 = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target.	97,22%	5%	<input type="checkbox"/>	Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la visita chirurgia senologica	Indice di performance priorità B	1. target regionale: ≥ 95% priorità B 2. mantenimento del numero di prime visite senologiche (anno 2017)	I target vengono valutati come segue: 1° target: ≥ 95% = 100% < 95% = 0% 2° target: numero prime visite senologiche ≥ anno 2017 = 100% numero prime visite senologiche < anno 2017 = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target.	98,62%	5%	<input type="checkbox"/>	Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento

Linee progettuali regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Linee progettuali regionale 3.7.6 Individuazione del medico responsabile della gestione del paziente	% di pazienti con ricovero ordinario di durata > 4 giorni che ricevono l'informazione del medico responsabile	≥ 90% dei pazienti con un ricovero di durata > 4 giorni	Valutazione da parte della direzione sanitaria		5%	<input type="checkbox"/>	Direzione Sanitaria

Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Mantenimento livello di produzione scientifica	Punti di impact factor normalizzato frazionato (≥ media quinquennale 2013-2017)	≥ 11,385	Vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 5,7. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 10,59. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo	3	5%		biblioteca scientifica
Miglioramento della produzione scientifica	Partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	Garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		5%		biblioteca scientifica
Progetto di fase I b di ricostruzione mammaria (lipofilling)	- sottomissione del protocollo al comitato etico regionale - numero pazienti arruolati	1 paziente entro il 31.12	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		5%		Direzione Sanitaria

Progetti RAR

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Linea 5. Il sistema informativo: implementazione della firma digitale nei documenti del G2 clinico	% referti firmati digitalmente	≥ 80% a partire dal II semestre	Il risultato viene valutato secondo un criterio proporzionale	11,38%	0%	X	SOSD Controllo di Gestione

(*) l'obiettivo RAR potrà essere modificato dagli accordi sindacali

100%

Risorse negoziate:

Da maggio verranno garantite n. 4 sale in più al mese

BUDGET 2018 - SOC CHIRURGIA ONCOLOGICA GINECOLOGICA - DIRIGENZA

Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Mantenimento volumi e produttività storica	Valore di produzione per medico	≥ € 550.000	Vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: € 533.500 Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: € 544.500. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	€ 506.187	25%		SOSD Controllo di Gestione

Attrattività e autosufficienza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Mantenimento dell'attrattività extraregionale dell'attività in regime di ricovero ordinario	% dimessi ordinari da fuori Regione	≥ 45%	Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	45,61%	10%		SOSD Controllo di Gestione

Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
compilazione esaustiva della cartella clinica	3 monitoraggi quadrimestrali con criteri di campionatura usati per il monitoraggio regionale	≥ 95%	viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	94,29%	10%		Unità Gestione del Rischio clinico ed Accreditamento
completezza della codifica delle schede di dimissione ospedaliera (SDO)	monitoraggi previsti dal piano controlli regionale	≥ 95%	viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	su un campione di 68 cartelle, la completezza delle SDO è di 98,53%	10%		Direzione Sanitaria

Rispetto budget Beni sanitari in rapporto all'attività svolta	incidenza del costo per beni di consumo sanitari (esclusi farmaci) sul n.ro interventi stabile rispetto al 2016	≤ € 615	viene valutato in coerenza con quanto conseguito rispetto all'obiettivo quanti - qualitativo della produzione	€ 583	5%	<input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di Gestione
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per intervento neoplasia utero	indice di performance per priorità A	target regionale: ≥ 95% priorità A	il risultato viene valutazione come segue: ≥ 95% = 100% < 95% = 0%	100,00%	10%	<input type="checkbox"/>	Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la visita ginecologica	indice di performance per priorità D	1. target regionale: ≥ 90% priorità D 2. mantenimento del numero prime visite ginecologiche (anno 2017)	i target vengono valutati come segue: 1° target: ≥ 90% = 100% < 90% = 0% 2° target: numero prime visite ginecologiche ≥ anno 2017 = 100% numero prime visite ginecologiche < anno 2017 = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target.	97,67%	5%	<input type="checkbox"/>	Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la visita ginecologica	indice di performance per priorità B	1. target regionale: ≥ 95% priorità B 2. mantenimento del numero prime visite ginecologiche (anno 2017)	i target vengono valutati come segue: 1° target: ≥ 95% = 100% < 95% = 0% 2° target: numero prime visite ginecologiche ≥ anno 2017 = 100% numero prime visite ginecologiche < anno 2017 = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target.	100,00%	5%	<input type="checkbox"/>	Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento

Linee progettuali regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
linee progettuale regionale 3.7.6 Individuazione del medico responsabile della gestione del paziente	% di pazienti con ricovero ordinario di durata > 4 giorni che ricevono l'informazione del medico responsabile	≥ 90% dei pazienti con un ricovero di durata > 4 giorni	Valutazione da parte della direzione sanitaria		5%	<input type="checkbox"/>	Direzione Sanitaria

Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
-----------	----------------------	-------------	---------------------	-------------	---------------------	---------	-----------------------

Mantenimento livello di produzione scientifica	punti di impact factor normalizzato frazionato (\geq media quinquennale 2013-2017)	$\geq 31,072$	vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 15,54. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 28,9. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo	38	10%	<input type="checkbox"/>	biblioteca scientifica
---	---	---------------	--	----	-----	--------------------------	------------------------

miglioramento della produzione scientifica	partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		5%	<input type="checkbox"/>	biblioteca scientifica
---	--	--	---	--	----	--------------------------	------------------------

Progetti RAR

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
certificazione ISO 9001:2015, OEI, accreditamento JACIE, EUSOMA e accreditamento istituzionale	Rispetto degli standard previsti per i vari percorsi di certificazioni in essere	Sono rispettati gli standard e sono mantenuti gli accreditamenti secondo i programmi specifici	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. La struttura verrà valutata solo per le certificazioni/accreditamenti di propria competenza.		0%	X	Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento

(*) l'obiettivo RAR potrà essere modificato dagli accordi sindacali

100%

Risorse negoziate:

- n. 1 concorso a tempo indeterminato entro fine anno 2018
- n. 1 contratto di collaborazione libero professionale

BUDGET 2018 - SOC GASTROENTEROLOGIA ONCOLOGICA SPERIMENTALE - DIRIGENZA

Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Mantenimento volumi e produttività storica (attività ambulatoriale, per interni e screening) anno 2016	Valore di produzione	≥ € 630.000	vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: € 611.100. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: € 623.700. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo. L'obiettivo è stato calcolato considerando tre dirigenti medici.	€ 595.147	30%		SOSD Controllo di Gestione
progetto sindrome genetiche e precancerose dell'apparato digerente	n. arruolamento pazienti	n. 20	Il risultato viene valutato come segue: ≥ 20 = 100% < 20 = 0%	20	10%		SOC Gastroenterologia Oncologica Sperimentale

Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per tutte le prestazioni con priorità B (coloscopia, visite, esofagogastroduodenoscopia, rettosigmoidoscopia)	indice di performance priorità B	1. target regionale: ≥ 95% priorità B 2. incremento del 5% del numero di prestazioni complessive ambulatoriali (coloscopia, visite, esofagogastroduodenoscopia, rettosigmoidoscopia)	i target vengono valutati come segue: 1° target: ≥ 95% = 100% < 95% = 0% 2° target: numero prestazioni ambulatoriali ≥ anno 2017 + 5% = 100% numero prestazioni ambulatoriali < anno 2017 + 5% = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target.	55,11%	5%		Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento

Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per tutte le prestazioni con priorità D (coloscopia, visite, esofagogastroduodenoscopia, rettosigmoidoscopia)

indice di performance priorità D

1. target regionale: ≥ 90% priorità D
2. incremento del 5% del numero di prestazioni complessive ambulatoriali (coloscopia, visite, esofagogastroduodenoscopia, rettosigmoidoscopia)

i target vengono valutati come segue:

1° target:

≥ 90% = 100%

< 90% = 0%

2° target:

numero prestazioni ambulatoriali ≥ anno 2017 + 5% = 100%

numero prestazioni ambulatoriali < anno 2017 + 5% = 0%.

L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato

almeno un target.

70,04%

5%

Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento

Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Rispetto budget prodotti sanitari in rapporto all'attività svolta	Rapporto tra consumo di prodotti sanitari e valore della produzione	≤ 33,34%	L'obiettivo viene valutato come segue: ≤ 33,34% = 100% > 33,34% e ≤ 35% = in proporzione all'intervallo > 35% = 0%	€ 161.509	10%	<input type="text"/>	SOSD Controllo di Gestione

Linee progettuali regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
3.2.3 Linea progettuale screening oncologico del colon retto: cartella endoscopica di 2° livello	Percentuale di compilazione dei campi fondamentali della cartella endoscopica (in particolare la codifica del livello di rischio)	≥ 95%	viene valutato come segue: ≥ 95= 100% < 95% = 0		5%	<input type="text"/>	SOSD Controllo di Gestione
3.2.3 Linea progettuale screening oncologico del colon retto: colonscopia	garantire l'offerta della colonscopia di approfondimento di 2° livello entro 30 dalla positività del FOBT di screening.	Tempo di attesa per colonscopia di approfondimento di secondo livello ≤ 30 giorni	viene valutato come segue: ≤ 30 giorni = 100% > 30 giorni = 0%	97,03%	5%	<input type="text"/>	SOSD Controllo di Gestione

Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
-----------	----------------------	-------------	---------------------	-------------	---------------------	---------	-----------------------

Mantenimento livello di produzione scientifica	punti di impact factor normalizzato frazionato (\geq media quinquennale 2013-2017)	$\geq 18,864$	vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 9,43. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 17,54. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	37	15%	<input type="checkbox"/>	biblioteca scientifica
---	---	---------------	---	----	-----	--------------------------	------------------------

miglioramento della produzione scientifica	partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		5%	<input type="checkbox"/>	biblioteca scientifica
---	--	--	---	--	----	--------------------------	------------------------

PDTAR stomaco e intestino tenue: garantire attività di coordinamento e produzione di report	Invio report alla direzione sanitaria	cadenza bimestrale a partire dal secondo semestre	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		10%	<input type="checkbox"/>	Direzione Sanitaria
--	---------------------------------------	--	---	--	-----	--------------------------	---------------------

Progetti RAR

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Completezza della scheda "criteri di qualità" degli esami endoscopici che la prevedono	% di completezza	$\geq 95\%$	il risultato viene valutato come segue: $\geq 95\% = 100\%$ $< 95\% = 0\%$		0%	X	ufficio informatico

(*) l'obiettivo RAR potrà essere modificato dagli accordi sindacali

100%

Risorse negoziate:

- n. 1 dirigente medico a tempo determinato entro giugno
- n. 1 contratto di ricerca

BUDGET 2018 - SOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE - DIRIGENZA

Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Gestione cateteri vascolari: mantenimento dei volumi di prestazioni	numero di prestazioni complessive (per esterni e per interni)	≥ 815	viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	819	20%		SOSD Controllo di Gestione
Mantenimento del numero di prestazioni complessive (esterni e interni)	numero prestazioni complessive	≥ € 4.800	vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 4.560. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 4.752. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	508	10%		SOC Anestesia e Rianimazione
mantenimento ore di sala operatoria	numero ore di sala	≥ 3.170	vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 3.090 Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 3.138. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	3.186	25%		SOSD Controllo di Gestione

Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
compilazione esaustiva della cartella clinica	3 monitoraggi quadrimestrali con criteri di campionatura usati per il monitoraggio regionale	≥ 95%	viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	98,90%	10%		Unità Gestione del Rischio clinico ed Accreditamento

completezza della codifica delle schede di dimissione ospedaliera (SDO)	monitoraggi previsti dal piano controlli regionale	≥ 95%	viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	su un campione di 8 cartelle, la completezza delle SDO è di 100,00%	10%	<input type="checkbox"/>	Direzione Sanitaria
Linea 5. Il sistema informativo: implementazione della firma digitale nei documenti del G2 clinico	% referti firmati digitalmente	≥ 80% a partire dal II semestre	L'obiettivo viene valutato secondo un criterio proporzionale.	11,30%	10%	<input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di Gestione
Rispetto budget prodotti sanitari in rapporto all'attività svolta	budget prodotti sanitari	≤ € 575.000	viene valutato in coerenza con quanto conseguito rispetto all'obiettivo quanti - qualitativo della produzione	€ 592.173	5%	<input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di Gestione

Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Mantenimento livello di produzione scientifica	punti di impact factor normalizzato frazionato (≥ media quinquennale 2013-2017)	≥ 0,499	vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 0,25. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 0,46. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.		5%	<input type="checkbox"/>	biblioteca scientifica
miglioramento della produzione scientifica	partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		5%	<input type="checkbox"/>	biblioteca scientifica

Progetti RAR

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
-----------	----------------------	-------------	---------------------	-------------	---------------------	---------	-----------------------

contenimento delle prestazioni anestesiolgiche da parte di medici degli ospedali di Udine e Pordenone

Il numero di consulenze non potrà superare il 50% del monte ore del personale assente previsto.

≤ 1.512

Il target considera le assenze previste di 3 unità nel primo trimestre e 2 unità da aprile ad agosto e potrà essere rivisto nel caso di assenze di queste unità per un periodo più lungo. L'obiettivo è in comune tra la struttura di anestesia e la struttura di medicina del dolore.

0%

X

SOC Legale,
Affari Generali e
gestione Risorse
Umane

(*) l'obiettivo RAR potrà essere modificato dagli accordi sindacali

100%

Risorse negoziate:

n. 2 dirigenti medici a tempo indeterminato entro il mese di ottobre
n. 500 ore di prestazioni aggiuntive (dopo aver utilizzato tutti gli altri strumenti di incentivazione)

BUDGET 2018 - SOSD ONCOEMATOLOGIA TRAPIANTI EMOPOIETICI E TERAPIE CELLULARI - DIRIGENZA

Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Attività di trapianto	Numero di incontri di discussione della casistica	Almeno due a trimestre	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		10%		Direzione Sanitaria
Mantenimento volumi e produttività storica	A. Valore di produzione per medico B. N.ro Drg 481	A. \geq € 1.042.000 B. \geq 45	A. viene riconosciuta una franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% (€ 1.031.600). Al di sotto della franchigia, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto.	A. € 1.043.375; B. 45	20%		SOSD Controllo di Gestione

Attrattività e autosufficienza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Attrazione extraregionale ricovero ordinario	% dimessi ordinari da fuori Regione	\geq 40%	Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	41,34%	5%		SOSD Controllo di Gestione

Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Chemioterapie in fine vita per residenti (< 15gg prima del decesso)	% di chemioterapie fine vita	\leq 4%	Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sopra della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	3,23%	5%		SOSD Controllo di Gestione
Implementazione delle cartelle oncologiche informatizzate	% di cartelle implementate relativamente ad almeno questi campi: protocollo/farmaco, diagnosi/sede,stadiazione.	\geq almeno il 95% dei pazienti	Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	95,14%	10%		SOSD Controllo di Gestione

Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per i ricoveri	Indice performance priorità A	Target regionale: ≥ 95% priorità A	Il risultato viene valutazione come segue: ≥ 95% = 100% < 95% = 0%	100,00%	5%	<input type="checkbox"/>	Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento
---	-------------------------------	---	--	----------------	----	--------------------------	--

Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la visita oncologica	Indice performance priorità B	1. target regionale: ≥ 95% priorità B 2. incremento del 5% del numero di prime visite oncologiche (anno 2017)	I target vengono valutati come segue: 1° target: ≥ 95% = 100% < 95% = 0% 2° target: numero prestazioni ≥ anno 2017 + 5% = 100% numero prestazioni < anno 2017 + 5% = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target	94,12%	10%	<input type="checkbox"/>	Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento
---	-------------------------------	--	---	---------------	-----	--------------------------	--

consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Contenimento del consumo dei prodotti farmaceutici (ospedalieri e diretta)	Valore assegnato	≤ € 2.865.000	Viene riconosciuta una franchigia del 2% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sopra della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	2.809.252	10%	<input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di Gestione

Linee progettuali regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Linee progettuali regionale 3.7.6 Individuazione del medico responsabile della gestione del paziente	% di pazienti con ricovero ordinario di durata > 4 giorni che ricevono l'informazione del medico responsabile	≥ 90% dei pazienti con un ricovero di durata > 4 giorni	Valutazione da parte della direzione sanitaria		5%	<input type="checkbox"/>	Direzione Sanitaria

Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
-----------	----------------------	-------------	---------------------	-------------	---------------------	---------	-----------------------

Mantenimento livello di produzione scientifica	Punti di impact factor normalizzato frazionato (\geq media quinquennale 2013-2017)	$\geq 10,509$	Vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 5,26. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 9,77. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	10	15%		biblioteca scientifica
---	---	---------------	--	----	-----	--	------------------------

Miglioramento della produzione scientifica	P da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	Garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		5%		biblioteca scientifica
---	---	--	---	--	----	--	------------------------

Progetti RAR

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Certificazione ISO 9001:2015, OEI, accreditamento JACIE, EUSOMA e accreditamento istituzionale	Rispetto degli standard previsti per i vari percorsi di certificazioni in essere	Sono rispettati gli standard e sono mantenuti gli accreditamenti secondo i programmi specifici	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. La struttura verrà valutata solo per le certificazioni/accreditamenti di propria competenza.		0%	X	Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento

(*) l'obiettivo RAR potrà essere modificato dagli accordi sindacali

100%

Risorse negoziate:

- n. 1 unità di dirigente medico con fondi finalizzati;
- n. 200 ore di acquisto di prestazioni (dopo aver utilizzato tutti gli altri strumenti di incentivazione)

BUDGET 2018 - SOC CHIRURGIA ONCOLOGICA GENERALE - DIRIGENZA

Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Mantenimento volumi e produttività storica	Valore di produzione per medico	≥ € 600.000	Vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: € 582.000 Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: € 594.000. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	€ 533.438	25%		SOSD Controllo di Gestione

Attrattività e autosufficienza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Mantenimento dell'attrattività extraregionale dell'attività in regime di ricovero ordinario	% dimessi ordinari da fuori Regione	≥ 42%	Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	42,05%	10%		SOSD Controllo di Gestione

Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Compilazione esaustiva della cartella clinica	3 monitoraggi quadrimestrali con criteri di campionatura usati per il monitoraggio regionale	≥ 95%	viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	92,38%	10%		Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento
Completezza della codifica delle schede di dimissione ospedaliera (SDO)	Monitoraggi previsti dal piano controlli regionale	≥ 95%	Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	su un campione di 78 cartelle, la completezza delle SDO è di 93,59%	10%		Direzione Sanitaria

Rispetto budget Beni sanitari in rapporto all'attività svolta	Incidenza del costo per beni di consumo sanitari (esclusi farmaci) sul n.ro interventi stabile rispetto al 2016	≤ € 615	Viene valutato in coerenza con quanto conseguito rispetto all'obiettivo quanti - qualitativo della produzione	583	5%		SOSD Controllo di Gestione
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per intervento neoplasia colon	Indice di performance per priorità A	Target regionale: ≥ 95% priorità A	Il risultato viene valutazione come segue: ≥ 95% = 100% < 95% = 0%	97,06%	10%		Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la visita chirurgia generale	Indice di performance per priorità D	1. target regionale: ≥ 90% priorità D 2. mantenimento del numero di prime visite (anno 2017)	I target vengono valutati come segue: 1° target: ≥ 90% = 100% < 90% = 0% 2° target: numero prime visite ≥ anno 2017 = 100% numero prime visite < anno 2017 = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target.	100,00%	5%		Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la visita chirurgia generale	Indice di performance per priorità B	1. target regionale: ≥ 95% priorità B 2. mantenimento del numero di prime visite (anno 2017)	I target vengono valutati come segue: 1° target: ≥ 95% = 100% < 95% = 0% 2° target: numero prime visite ≥ anno 2017 = 100% numero prime visite < anno 2017 = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target	96,15%	5%		Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento

Linee progettuali regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Linee progettuale regionale 3.7.6 Individuazione del medico responsabile della gestione del paziente	% di pazienti con ricovero ordinario di durata > 4 giorni che ricevono l'informazione del medico responsabile	≥ 90% dei pazienti con un ricovero di durata > 4 giorni	Valutazione da parte della direzione sanitaria		5%		Direzione Sanitaria

Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
-----------	----------------------	-------------	---------------------	-------------	---------------------	---------	-----------------------

Mantenimento livello di produzione scientifica	Punti di impact factor normalizzato frazionato (\geq media quinquennale 2013-2017)	$\geq 7,078$	Vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 3,54. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 6,58. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo	9	5%		biblioteca scientifica
Miglioramento della produzione scientifica	Partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	Garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		5%		biblioteca scientifica
Progetto terapie cellulari avanzate (melanoma e colon) in collaborazione con l'IRST di Meldola	Numero pazienti arruolati	Almeno 1 entro il 31.12.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		5%		Direzione Sanitaria

Progetti RAR

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Certificazione ISO 9001:2015, OEI, accreditamento JACIE, EUSOMA e accreditamento istituzionale	Rispetto degli standard previsti per i vari percorsi di certificazioni in essere	Sono rispettati gli standard e sono mantenuti gli accreditamenti secondo i programmi specifici	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. La struttura verrà valutata solo per le certificazioni/accreditamenti di propria competenza		0%	X	Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento

(*) l'obiettivo RAR potrà essere modificato dagli accordi sindacali

100%

Risorse negoziate:

- n. 1 unità in più per turnover
- n. 2 unità di dirigente medico a tempo indeterminato con un concorso ad agosto

BUDGET 2018 - SOSD PSICOLOGIA ONCOLOGICA - DIRIGENZA

Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
mantenimento dei volumi della specialistica ambulatoriale per esterni anno 2016	numero di prestazioni	1.900	vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 1.805. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 1.881. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	2.361	20%		SOSD Controllo di Gestione

Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
attività di formazione per il benessere organizzativo del team	almeno 2 percorsi	n. 8 incontri per percorso	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		20%		responsabile struttura
Attività di psicologia presso la struttura di Oncologia sede di Pordenone e San Vito	attività da parte di psicologi del CRO	2 accessi a PN a settimana; 1 accesso a San Vito a settimana.	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		20%		responsabile struttura
Utilizzo della firma digitale per i referti in g2 clinico da parte dei professionisti della struttura (compresi i collaboratori)	% di referti firmati digitalmente dal personale strutturato e dai collaboratori	- 90% dei referti firmati digitalmente da parte del personale strutturato - 90% dei referti firmati dai collaboratori a partire dall'arrivo delle tessere	Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto		20%		SOSD Controllo di Gestione

Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Mantenimento livello di produzione scientifica	punti di impact factor normalizzato frazionato (≥ media quinquennale 2013-2017)	≥ 15,4032	vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 7,7. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 14,32. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	15	15%		biblioteca scientifica
miglioramento della produzione scientifica	partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		5%		biblioteca scientifica

Progetti RAR

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
certificazione ISO 9001:2015, OEI, accreditamento JACIE, EUSOMA e accreditamento istituzionale	Rispetto degli standard previsti per i vari percorsi di certificazioni in essere	Sono rispettati gli standard e sono mantenuti gli accreditamenti secondo i programmi specifici	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. La struttura verrà valutata solo per le certificazioni/accreditamenti di propria competenza.		0%	X	Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento

(*) l'obiettivo RAR potrà essere modificato dagli accordi sindacali

100%

Risorse negoziate:

conferma del numero di personale non strutturato presente

BUDGET 2018 - SOSD MEDICINA DEL DOLORE CLINICA E SPERIMENTALE - DIRIGENZA

Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
incremento attività terapia antalgica complessiva (esterni e interni)	numero prestazioni complessive	≥ 1.000	viene riconosciuta una franchigia del 10% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto		25%		SOSD Controllo di Gestione

Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Rispetto budget prodotti sanitari in rapporto all'attività svolta	budget prodotti sanitari	≤ € 35.000 (importo relativo al II semestre)	viene valutato in coerenza con quanto conseguito rispetto all'obiettivo quanti - qualitativo della produzione		5%		SOSD Controllo di Gestione

Linee progettuali regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Linea 3.5.6. Cure palliative e terapia del dolore: collaborazione ai progetti regionali e a quelli promossi dall'AAS5	predisposizione di un documento	entro il 30.11	viene riconosciuta una tolleranza di 1 mese		25%		SOSD medicina del dolore
Linea 3.5.6. Cure palliative e terapia del dolore: Monitoraggio dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di terapia del dolore in tutti i setting assistenziali	Trasmissione 2 report alla direzione centrale salute	1° report riferito al III trimestre 2° report riferito al IV trimestre	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		25%		SOSD medicina del dolore
Linea 5. Il sistema informativo: implementazione della firma digitale nei documenti del G2 clinico	% referti firmati digitalmente	≥ 80% a partire dal II semestre	l'obiettivo viene valutato secondo un criterio proporzionale		10%		SOSD Controllo di Gestione

Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Mantenimento livello di produzione scientifica	punti di impact factor normalizzato frazionato (≥ media quinquennale 2013-2017)	≥ 3,048	vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 1,53. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 2,83. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.		5%		biblioteca scientifica
miglioramento della produzione scientifica	partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si = 100% se il risultato è no = 0%		5%		biblioteca scientifica

Progetti RAR

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
contenimento delle prestazioni anestesiolgiche da parte di medici degli ospedali di Udine e Pordenone	Il numero di consulenze non potrà superare il 50% del monte ore del personale assente previsto.	≤ 1.512	Il target considera le assenze previste di 3 unità nel primo trimestre e 2 unità da aprile ad agosto e potrà essere rivisto nel caso di assenze di queste unità per un periodo più lungo. L'obiettivo è in comune tra la struttura di anestesia e la struttura di medicina del dolore.		0%	X	SOC Legale, Affari Generali e gestione Risorse Umane

(*) l'obiettivo RAR potrà essere modificato dagli accordi sindacali

100%

Risorse negoziate:

nessuna

Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Applicazione dei Bundle per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (documento regionale del 22.09.2016)	Adesione a tutti gli Item dei bundle per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza contenuti negli allegati 1 (bundle 2), 2,3,4,5,6,7	1. Prevenzione delle infezioni del sito chirurgico (fase pre e post operatoria e intra-operatoria): ≥ 95% 2. Posizionamento del catetere vescicale a permanenza: ≥ 95% 3. Gestione del catetere vescicale a permanenza: ≥ 70% 4. Posizionamento del catetere venoso periferico: ≥ 95% TCAD e ≥ 70% per le altre strutture coinvolte; 5. Gestione del catetere venoso periferico: ≥ 70% 6. Posizionamento del catetere venoso centrale e del periferico: ≥ 95% 7. Gestione del catetere venoso centrale e del periferico: ≥ 70% per area medica e prevenzione oncologica; ≥ 95% per le altre strutture coinvolte	La valutazione verrà effettuata con cadenza trimestrale a partire da luglio (su 10 o 20 rilevazioni a trimestre a seconda del bundle). Il grado di raggiungimento verrà valutato come media del raggiungimento dei singoli bundle		50%		Referente linea rischio infettivo
Igiene delle mani	1. Quantità di soluzione idroalcolica consumata per 1000 giornate di degenza; 2. osservazionale sull'igiene delle mani: Infermieri e O.S.S. adesione > 65%	1. > anno precedente (media 2017: 16,4/1000gg deg.) 2. Tasso di adesione osservata Infermieri e O.S.S. > 65 %	1. Report sui consumi 2. 100 osservazioni/ a semestre per il dipartimento		30%		Referente linea rischio infettivo
Applicazione del protocollo B-Bs per la sicurezza dei lavoratori presso le aree Ambulatoriali Chirurgiche	1. revisione della check list; 2. formazione di almeno altri 5 osservatori fra gastroenterologia e piastra chirurgica ambulatoriale; 3. esecuzione di osservazioni a settimana/AREA (piastra chirurgica ambulatoriale, Gastroenterologia)	1. presenza di check list revisionata; 2. n. 5 osservatori formati (totale di Gastroenterologia e piastra chirurgica ambulatoriale), con certificazione dell'avvenuta formazione. 3. n. 3 osservazioni a settimana/AREA (piastra chirurgica ambulatoriale, Gastroenterologia)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%.		10%		Referente SPPA/Coordinatore protocollo B-Bs
Applicazione del protocollo B-Bs per la sicurezza dei lavoratori presso le aree Mediche	1. Formazione di almeno altri 3 osservatori nell'area dipartimentale medica; 2. Esecuzione di osservazioni a settimana/AREA	1. TCAD: n. 2 osservazioni a settimana. 2. Piattaforma Degenze Mediche: n. 8 osservazione/settimana. 3. Piattaforma Terapie Oncologiche Mediche: n. 3 osservazioni/settimana. 4. Piastra Ambulatoriale Primo Piano: esecuzione n. 3 osservazioni/settimana. 5. Formazione di almeno 3 osservatori con certificazione dell'avvenuta formazione	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%.		10%		Referente SPPA/Coordinatore protocollo B-Bs

Progetti RAR

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Certificazione ISO 9001:2015, OECEI, accreditamento JACIE, EUSOMA e accreditamento istituzionale	Rispetto degli standard previsti per i vari percorsi di certificazioni in essere	Sono rispettati gli standard e sono mantenuti gli accreditamenti secondo i programmi specifici	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. La struttura verrà valutata solo per le certificazioni/accreditamenti di propria competenza		0%	X	Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento

(*) l'obiettivo RAR potrà essere modificato dagli accordi sindacali

100%

Risorse negoziate:

nessuna

BUDGET 2018 - SOC ONCOGENETICA E ONCOGENOMICA FUNZIONALE - DIRIGENZA

Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
mantenimento volumi storici collegati all'attività dell'ambulatorio di consulenza genetica	numero di prestazioni	4500	Viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	5.079	5%	<input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di Gestione
attività diagnostica: completare il pannello diagnostico per i pazienti BRCA1 e BRCA2 negativo	numero pazienti	almeno 20	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		10%	<input type="checkbox"/>	SOC Oncogenetica e Oncogenomica Funzionale

Attuazione atto aziendale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Dare completa attuazione alle 4 piattaforme previste nel regolamento attuativo dell'atto aziendale	documento sottoscritto dai direttori e responsabili delle strutture del dipartimento di definizione degli spazi e di assegnazione formale del personale e della strumentazione	entro il 31.12.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% Lo stato di attuazione dell'obiettivo verrà relazionato dal direttore di dipartimento.		15%	<input type="checkbox"/>	direttore dipartimento DRDT

consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
contenimento consumi prodotti sanitari (esclusi farmaci)	importo assegnato per attività istituzionale e di ricerca corrente	≤ € 232.000	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. Il target potrà essere rivisto a seguito della programmazione della ricerca corrente da parte della direzione scientifica	€ 248.840	5%	<input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di Gestione

Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
-----------	----------------------	-------------	---------------------	-------------	---------------------	---------	-----------------------

Mantenimento livello di produzione scientifica

punti di impact factor normalizzato frazionato (≥ media quinquennale 2013-2017) ≥ 77,659

vengono riconosciuti:
 - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%
 - limite inferiore: 38,83. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto.
 - limite superiore: 72,22.
 Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.

68

60%



biblioteca scientifica

miglioramento della produzione scientifica

partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica

garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato

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

5%



biblioteca scientifica

Progetti RAR

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
certificazione ISO 9001:2015, OECl, accreditamento JACIE, EUSOMA e accreditamento istituzionale	Rispetto degli standard previsti per i vari percorsi di certificazioni in essere	Sono rispettati gli standard e sono mantenuti gli accreditamenti secondo i programmi specifici	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. La struttura verrà valutata solo per le certificazioni/accreditamenti di propria competenza.		0%	X	Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento

(*) l'obiettivo RAR potrà essere modificato dagli accordi sindacali

100%

Risorse negoziate:

n. 1 dirigente biologo (già negoziato nel budget 2017)

BUDGET 2018 - SOC ONCOLOGIA MOLECOLARE E MODELLI PRECLINICI DI PROGRESSIONE TUMORALE - DIRIGENZA
Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
consolidamento indagini per tumore polmone EGFR e ALK	% di richieste di biopsia liquida di pz trattati con i principi attivi diretti contro EGFR e ALK deve essere evasa.	≥ 90%	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		5%	<input type="checkbox"/>	SOC Oncologia Molecolare e Modelli Preclinici di Progressione Tumorale

Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
monitoraggio dei tempi di refertazione per gli esami diagnostici	garantire il tempo medio di refertazione per i singoli esami	tempo medio di refertazione di 10 giorni	Il risultato viene valutato come media di raggiungimento del target dei singoli esami		5%	<input type="checkbox"/>	SOC Immunopatologia e Biomarcatori Oncologici

Attuazione atto aziendale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Dare completa attuazione alle 4 piattaforme previste nel regolamento attuativo dell'atto aziendale	documento sottoscritto dai direttori e responsabili delle strutture del dipartimento di definizione degli spazi e di assegnazione formale del personale e della strumentazione	entro il 31.12.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% Lo stato di attuazione dell'obiettivo verrà relazionato dal direttore di dipartimento.		15%	<input type="checkbox"/>	direttore dipartimento DRDT

consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
contenimento consumi prodotti sanitari (esclusi farmaci)	importo assegnato per attività istituzionale e di ricerca corrente	≤ € 335.000	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. Il target potrà essere rivisto a seguito della programmazione della ricerca corrente da parte della direzione scientifica	€ 355.345	5%	<input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di Gestione

Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Promuovere uno studio regionale di fase II per la scelta della terapia di seconda linea per il tumore ovarico basato sull'espressione di biomarcatori molecolari	presentazione protocollo al comitato etico	entro il 31.12.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		5%	<input type="checkbox"/>	SOC Oncologia Molecolare e Modelli Preclinici di Progressione Tumorale
Mantenimento livello di produzione scientifica	punti di impact factor normalizzato frazionato (≥ media quinquennale 2013-2017)	≥ 88,011	vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 44. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 81,9. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	92	60%	<input type="checkbox"/>	biblioteca scientifica
miglioramento della produzione scientifica	partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		5%	<input type="checkbox"/>	biblioteca scientifica

Progetti RAR

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
certificazione ISO 9001:2015, OEI, accreditamento JACIE, EUSOMA e accreditamento istituzionale	Rispetto degli standard previsti per i vari percorsi di certificazioni in essere	Sono rispettati gli standard e sono mantenuti gli accreditamenti secondo i programmi specifici	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. La struttura verrà valutata solo per le certificazioni/accreditamenti di propria competenza.		0%	<input checked="" type="checkbox"/>	Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento

(*) l'obiettivo RAR potrà essere modificato dagli accordi sindacali

100%

Risorse negoziate:

n. 1 concorso per dirigente a tempo indeterminato

BUDGET 2018 - SOC FARMACOLOGIA SPERIMENTALE E CLINICA - DIRIGENZA

Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
progetto Horizon Polimorfismo	numero pazienti arruolati in trial	≥ 200	viene riconosciuta una franchigia del 10% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	293	5%	<input type="checkbox"/>	SOC Farmacologia Sperimentale e Clinica

Attuazione atto aziendale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Dare completa attuazione alle 4 piattaforme previste nel regolamento attuativo dell'atto aziendale	documento sottoscritto dai direttori e responsabili delle strutture del dipartimento di definizione degli spazi e di assegnazione formale del personale e della strumentazione	entro il 31.12.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% Lo stato di attuazione dell'obiettivo verrà relazionato dal direttore di dipartimento.		15%	<input type="checkbox"/>	direttore dipartimento DRDT

consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
contenimento consumi prodotti sanitari (esclusi farmaci)	importo assegnato per attività istituzionale e di ricerca corrente	≤ € 179.000	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. Il target potrà essere rivisto a seguito della programmazione della ricerca corrente da parte della direzione scientifica.	€ 190.823	5%	<input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di Gestione

Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
promuovere la sperimentazione clinica di fase I	numero linee specifiche di sviluppo	almeno 3	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		5%	<input type="checkbox"/>	SOC Farmacologia Sperimentale e Clinica

Mantenimento livello di produzione scientifica	punti di impact factor normalizzato frazionato (≥ media quinquennale 2013-2017)	≥ 93,369	vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 46,69. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 86,83. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	118	60%	<input type="checkbox"/>	biblioteca scientifica
miglioramento della produzione scientifica	partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		5%	<input type="checkbox"/>	biblioteca scientifica
presentazione piano strategico della struttura	presentazione programma triennale	entro 31 dicembre 2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		5%	<input type="checkbox"/>	SOC Farmacologia Sperimentale e Clinica

Progetti RAR

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
certificazione ISO 9001:2015, OEI, accreditamento JACIE, EUSOMA e accreditamento istituzionale	Rispetto degli standard previsti per i vari percorsi di certificazioni in essere	Sono rispettati gli standard e sono mantenuti gli accreditamenti secondo i programmi specifici	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. La struttura verrà valutata solo per le certificazioni/accreditamenti di propria competenza.		0%	X	Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento

(*) l'obiettivo RAR potrà essere modificato dagli accordi sindacali

100%

Risorse negoziate:

n. 1 dirigente farmacista

BUDGET 2018 - SOC IMMUNOPATOLOGIA E BIOMARCATORI ONCOLOGICI - DIRIGENZA

Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Mantenimento volumi attività anno 2016	Valore attività per esterni e per interni	≥ 2.500.000	vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: € 2.375.000. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: € 2.475.000. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo. L'obiettivo verrà valutato.	€ 3.557.522	45%	<input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di Gestione

Attuazione atto aziendale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Dare completa attuazione alle 4 piattaforme previste nel regolamento attuativo dell'atto aziendale	documento sottoscritto dai direttori e responsabili delle strutture del dipartimento di definizione degli spazi e di assegnazione formale del personale e della strumentazione	entro il 31.12.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% Lo stato di attuazione dell'obiettivo verrà relazionato dal direttore di dipartimento.		15%	<input type="checkbox"/>	direttore dipartimento DRDT

consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
contenimento consumi prodotti sanitari (esclusi farmaci)	importo assegnato per attività istituzionale e di ricerca corrente	≤ € 1.076.000	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. Il target potrà essere rivisto a seguito della programmazione della ricerca corrente da parte della direzione scientifica	€ 1.161.232	5%	<input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di Gestione

Linee progettuali regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
-----------	----------------------	-------------	---------------------	-------------	---------------------	---------	-----------------------

Linea 3.1.4. medicina di laboratorio: organizzazione della Bio-banca regionale

creazione di una piattaforma unica regionale

evidenza della piattaforma

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

15%

SOC
Immunopatologi
a e Biomarcatori
Oncologici

Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Mantenimento livello di produzione scientifica	punti di impact factor normalizzato frazionato (≥ media quinquennale 2013-2017)	≥ 78,742	vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 39,37. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 73,23. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	84	15%	<input type="checkbox"/>	biblioteca scientifica
miglioramento della produzione scientifica	partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		5%	<input type="checkbox"/>	biblioteca scientifica

Progetti RAR

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
certificazione ISO 9001:2015, OEI, accreditamento JACIE, EUSOMA e accreditamento istituzionale	Rispetto degli standard previsti per i vari percorsi di certificazioni in essere	Sono rispettati gli standard e sono mantenuti gli accreditamenti secondo i programmi specifici	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. La struttura verrà valutata solo per le certificazioni/accreditamenti di propria competenza.		0%	X	Unità Gestione del Rischio clinico ed Accreditamento

(*) l'obiettivo RAR potrà essere modificato dagli accordi sindacali

100%

Risorse negoziate:

nessuna

BUDGET 2018 - SOC ONCOEMATOLOGIA CLINICO SPERIMENTALE - DIRIGENZA

Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
mantenimento produzione storica	valore di produzione	≥ € 2.000.000	vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: € 1.900.000. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: € 1.980.000. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	€ 2.413.993	30%	<input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di Gestione

Attuazione atto aziendale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Dare completa attuazione alle 4 piattaforme previste nel regolamento attuativo dell'atto aziendale	documento sottoscritto dai direttori e responsabili delle strutture del dipartimento di definizione degli spazi e di assegnazione formale del personale e della strumentazione	entro il 31.12.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% Lo stato di attuazione dell'obiettivo verrà relazionato dal direttore di dipartimento.		15%	<input type="checkbox"/>	direttore dipartimento DRDT

Implementazione core facility a valenza dipartimentale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
riorganizzazione della piattaforma di citofluorimetria	integrazione della piattaforma di citofluometrica con Image Stream	evidenza formale dell'accorpamento	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		5%	<input type="checkbox"/>	SOC Oncoematologia Clinico Sperimentale

consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
-----------	----------------------	-------------	---------------------	-------------	---------------------	---------	-----------------------

contenimento consumi prodotti sanitari (esclusi farmaci)

importo assegnato per attività istituzionale e di ricerca corrente ≤ € 419.000

Il risultato viene valutato come segue:
 se il risultato è sì = 100%
 se il risultato è no = 0%.
 Il target potrà essere rivisto a seguito della programmazione della ricerca corrente da parte della direzione scientifica

€ 452.543

5%

SOSD Controllo di Gestione

Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Mantenimento livello di produzione scientifica	punti di impact factor normalizzato frazionato (≥ media quinquennale 2013-2017)	≥ 52,085	vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 26,04. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 48,44. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	32	40%	<input type="checkbox"/>	biblioteca scientifica

miglioramento della produzione scientifica

partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica

garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato

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

5%

biblioteca scientifica

Progetti RAR

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
certificazione ISO 9001:2015, OEI, accreditamento JACIE, EUSOMA e accreditamento istituzionale	Rispetto degli standard previsti per i vari percorsi di certificazioni in essere	Sono rispettati gli standard e sono mantenuti gli accreditamenti secondo i programmi specifici	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. La struttura verrà valutata solo per le certificazioni/accreditamenti di propria competenza.		0%	X	Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento

(*) l'obiettivo RAR potrà essere modificato dagli accordi sindacali

100%

Risorse negoziate:

n. 1 concorso a tempo indeterminato per dirigente biologo

BUDGET 2018 - SOSD ANATOMIA PATOLOGICA AD INDIRIZZO ONCOLOGICO - DIRIGENZA

Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Mantenimento volumi e produttività storica (per esterni e interni)	Valore di produzione per medico (nell'attività per esterni è esclusa l'attività a favore del Policlinico)	≥ € 224.000	vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: € 217.000 Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: € 221.760. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	€ 223.831	30%	<input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di Gestione

Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Utilizzo del sistema di refertazione vocale	% di refertazione vocale sul totale dei referti (esclusi CIT e PAP)	≥ 80%	vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 76%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 77,60%. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	74,99%	10%	<input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di Gestione
Monitoraggio dei tempi di refertazione per le prestazioni per interni	garantire i seguenti tempi di refertazione: ≤ 8 giorni per le piccole biopsie; ≤ 15 giorni per i prodotti chirurgici e le biopsie escissionali	85% dei referti rispettano i tempi di refertazione.	vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 80,60%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 82,45%. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	89,27%	15%	<input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di Gestione

Attuazione atto aziendale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Dare completa attuazione alle 4 piattaforme previste nel regolamento attuativo dell'atto aziendale	documento sottoscritto dai direttori e responsabili delle strutture del dipartimento di definizione degli spazi e di assegnazione formale del personale e della strumentazione	entro il 31.12.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% Lo stato di attuazione dell'obiettivo verrà relazionato dal direttore di dipartimento.	164	15%	<input type="checkbox"/>	direttore dipartimento DRDT

consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
contenimento consumi prodotti sanitari (esclusi farmaci)	importo assegnato per attività istituzionale e di ricerca corrente	≤ € 502.000	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. Il target potrà essere rivisto a seguito della programmazione della ricerca corrente da parte della direzione scientifica	€ 533.112	5%	<input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di Gestione

Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Mantenimento livello di produzione scientifica	punti di impact factor normalizzato frazionato (≥ media quinquennale 2013-2017)	≥ 47,918	vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 23,96. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 44,56. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	49	15%	<input type="checkbox"/>	biblioteca scientifica
miglioramento della produzione scientifica	partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		5%	<input type="checkbox"/>	biblioteca scientifica
progetto terapie cellulari avanzate (melanoma e colon) in collaborazione con l'IRST di Meldola	numero pazienti arruolati	almeno 1 entro il 31.12.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		5%	<input type="checkbox"/>	Direzione Sanitaria

Progetti RAR

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
certificazione ISO 9001:2015, OEI, accreditamento JACIE, EUSOMA e accreditamento istituzionale	Rispetto degli standard previsti per i vari percorsi di certificazioni in essere	Sono rispettati gli standard e sono mantenuti gli accreditamenti secondo i programmi specifici	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. La struttura verrà valutata solo per le certificazioni/accreditamenti di propria competenza.		0%	X	Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento
(*) l'obiettivo RAR potrà essere modificato dagli accordi sindacali					100%		

Risorse negoziate:

- n. 2 dirigenti medici
- n. 150 ore di acquisto di prestazioni da parte dei dirigenti medici (dopo aver utilizzato tutti gli altri strumenti di incentivazione)
- n. 2 borse di studio finalizzati per tecnici di laboratorio

BUDGET 2018 - SOSD TRATTAMENTO DI CELLULE STAMINALI PER LE TERAPIE CELLULARI - DIRIGENZA

Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Contributo all'attività trapiantologica	numero trapianti	≥ 45	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	45	15%	<input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di Gestione

Attuazione atto aziendale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Dare completa attuazione alle 4 piattaforme previste nel regolamento attuativo dell'atto aziendale	documento sottoscritto dai direttori e responsabili delle strutture del dipartimento di definizione degli spazi e di assegnazione formale del personale e della strumentazione	entro il 31.12.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% Lo stato di attuazione dell'obiettivo verrà relazionato dal direttore di dipartimento.		15%	<input type="checkbox"/>	direttore dipartimento DRDT

consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
contenimento consumi prodotti sanitari (esclusi farmaci)	importo assegnato per attività istituzionale e di ricerca corrente	≤ € 70.000	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. Il target potrà essere rivisto a seguito della programmazione della ricerca corrente da parte della direzione scientifica	€ 73.012	5%	<input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di Gestione

Linee progettuali regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Linea progettuale 3.1.9. Documenti regionali: Coordinamento, predisposizione documento congiunto e definizione cronogramma per l'avvio della Cell Factory Regionale attivato dalla DCS	predisposizione documento per l'organizzazione della cell factory regionale	entro 31.12.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		10%	<input type="checkbox"/>	direzione generale

Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Mantenimento livello di produzione scientifica	punti di impact factor normalizzato frazionato (≥ media quinquennale 2013-2017)	≥ 16,36	vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 8,18. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 15,21. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	17	25%	<input type="checkbox"/>	biblioteca scientifica
miglioramento della produzione scientifica	partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		5%	<input type="checkbox"/>	biblioteca scientifica
progetto di fase I b di ricostruzione mammaria (lipofilling)	- sottomissione del protocollo al comitato etico regionale - numero pazienti arruolati	1 paziente entro il 31.12	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		10%	<input type="checkbox"/>	Direzione Sanitaria
progetto terapie cellulari avanzate (melanoma e colon) in collaborazione con l'IRST di Meldola	numero pazienti arruolati	almeno 1 entro il 31.12.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		15%	<input type="checkbox"/>	Direzione Sanitaria
(*) l'obiettivo RAR potrà essere modificato dagli accordi sindacali					100%		

Risorse negoziate:

nessuna

Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Garantire l'attività dell'unità farmaci antitumorali	Contribuire alla produzione personalizzata dei trattamenti chemioterapici	Evasione del 100% della domanda di copertura turni	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. Lo stato di attuazione dell'obiettivo verrà relazionato dalla posizione organizzativa e dal direttore della farmacia		40%	<input type="checkbox"/>	posizione organizzativa del dipartimento

Attuazione atto aziendale

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Dare completa attuazione alle 4 piattaforme previste nel regolamento attuativo dell'atto aziendale	Documento sottoscritto dai direttori e responsabili delle strutture del dipartimento di definizione degli spazi e di assegnazione formale del personale e della strumentazione	Entro il 31.12.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. Lo stato di attuazione dell'obiettivo verrà relazionato dal direttore di dipartimento.		15%	<input type="checkbox"/>	direttore dipartimento DRDT

Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Supporto allo sviluppo della produzione scientifica delle strutture del dipartimento	Punti di impact factor normalizzato frazionato	Rispetto degli obiettivi definiti nelle schede di budget delle strutture operative del dipartimento	Il risultato è valutato come media del raggiungimento degli obiettivi contenuti nelle schede di budget delle strutture del dipartimento	459,19	45%	<input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di Gestione

Progetti RAR

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE	RAR (*)	RESPONSABILE DEL DATO
Certificazione ISO 9001:2015, OEI, accreditamento JACIE, EUSOMA e accreditamento istituzionale	Rispetto degli standard previsti per i vari percorsi di certificazioni in essere	Sono rispettati gli standard e sono mantenuti gli accreditamenti secondo i programmi specifici	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. La struttura verrà valutata solo per le certificazioni/accreditamenti di propria competenza		0%	X	Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento

(*) l'obiettivo RAR potrà essere modificato dagli accordi sindacali

100%

Risorse negoziate:

necessità di acquisire n. 8 Tecnici Sanitari di Laboratorio Biomedico a tempo indeterminato per garantire l'attività dell'Unità farmaci antiblastici

BUDGET 2018 - SOC RADIOLOGIA ONCOLOGICA - DIRIGENZA E COMPARTO

Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE			RAR		RESPONSABILE DEL DATO
					dirigenza	PO (*)	comparto	dirigenza	comparto	
Mantenimento volumi e produttività storica	Valore di produzione per medico	≥ € 520.000	vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: € 504.000. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: € 514.800. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	€ 528.581	35%	0%	0%			SOSD Controllo di Gestione
Mantenimento volumi e produttività storica	numero di prestazioni (escluse visite ed ecografie)	≥ 20.072	vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 18.800. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 19.470. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	20.648	0%	20%	90%			SOSD Controllo di Gestione
Prosecuzione dell'attività di diagnostica PET/CT con MDC	numero di pet/ct con mdc	≥ 35	viene riconosciuta una franchigia del 5% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto.	35	5%	0%	10%			SOSD Controllo di Gestione

Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE			RAR		RESPONSABILE DEL DATO
					dirigenza	PO (*)	comparto	dirigenza	comparto	

Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa TAC	indice di performance per priorità B (tac con e senza mdc: torace, addome superiore, inferiore e completo, capo, rachide e speco vertebrale, bacino)	1. target regionale: ≥ 95% priorità B 2. mantenimento del numero di TAC ambulatoriali (anno 2017)	i target vengono valutati come segue: 1° target: ≥ 95% = 100% < 95% = 0% 2° target: numero TAC ambulatoriali ≥ anno 2017 = 100% numero TAC ambulatoriali < anno 2017 = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target.	1. 95,00%; 2. n. 3.067	<input type="text" value="5%"/> <input type="text" value="0%"/> <input type="text" value="0%"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa TAC	indice di performance per priorità D (tac con e senza mdc: torace, addome superiore, inferiore e completo, capo, rachide e speco vertebrale, bacino)	1. target regionale: ≥ 90% priorità D 2. mantenimento del numero di TAC ambulatoriali (anno 2017)	i target vengono valutati come segue: 1° target: ≥ 90% = 100% < 90% = 0% 2° target: numero TAC ambulatoriali ≥ anno 2017 = 100% numero TAC ambulatoriali < anno 2017 = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target.	1. 89,90%; 2. n. 3.067	<input type="text" value="5%"/> <input type="text" value="0%"/> <input type="text" value="0%"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa RMN	indice di performance per priorità B (RMN cervello e tronco encefalico, pelvi, prostata e vescica, muscoloscheletrica, colonna vertebrale)	1. target regionale: ≥ 95% priorità B 2. mantenimento del numero di RMN ambulatoriali anno 2017	i target vengono valutati come segue: 1° target: ≥ 95% = 100% < 95% = 0% 2° target: numero di RMN ambulatoriali ≥ anno 2017 = 100% numero di RMN ambulatoriali < anno 2017 = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target.	1. 93,33%; 2. n. 2.159	<input type="text" value="5%"/> <input type="text" value="0%"/> <input type="text" value="0%"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa RMN	indice di performance per priorità D (RMN cervello e tronco encefalico, pelvi, prostata e vescica, muscoloscheletrica, colonna vertebrale)	1. target regionale: ≥ 90% priorità D 2. mantenimento del numero di RMN ambulatoriali (anno 2017)	i target vengono valutati come segue: 1° target: ≥ 90% = 100% < 90% = 0% 2° target: numero di RMN ambulatoriali ≥ anno 2017 = 100% numero di RMN ambulatoriali < anno 2017 = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target.	1. 98,85%; 2. n. 2.159	<input type="text" value="5%"/> <input type="text" value="0%"/> <input type="text" value="0%"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento

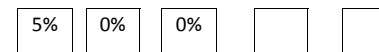
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la mammografia

indice di performance per priorità B

1. target regionale: ≥ 95% priorità B
2. mantenimento del numero di mammografie ambulatoriali anno 2017

i target vengono valutati come segue:
 1° target:
 ≥ 95% = 100%
 < 95% = 0%
 2° target:
 numero mammografie ambulatoriali ≥ anno 2017 = 100%
 numero mammografie ambulatoriali < anno 2017 = 0%.
 L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target.

94,23%;2. n. 3.104



Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento

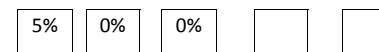
Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per la mammografia

indice di performance per priorità D

1. target regionale: ≥ 90% priorità D
2. mantenimento del numero di mammografie ambulatoriali anno 2017

i target vengono valutati come segue:
 1° target:
 ≥ 90% = 100%
 < 90% = 0%
 2° target:
 numero mammografie ambulatoriali ≥ anno 2017 = 100%
 numero mammografie ambulatoriali < anno 2017 = 0%.
 L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target.

1. 98,25%; 2. n. 3.104



Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento

Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE			RAR		RESPONSABILE DEL DATO
					dirigenza	PO (*)	comparto	dirigenza	comparto	
Rispetto budget prodotti sanitari in rapporto all'attività svolta	Rapporto tra consumo di prodotti sanitari e valore della produzione	≤ 18%	l'obiettivo viene valutato come segue: ≤ 18% = 100% > 18% e ≤ 20% = in proporzione all'intervallo > 20% = 0%		10%	0%	0%			SOSD Controllo di Gestione

Linee progettuali regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE			RAR		RESPONSABILE DEL DATO
					dirigenza	PO (*)	comparto	dirigenza	comparto	
linea progettuale: screening mammografico	Garantire la corretta chiusura dell'esito dei casi di secondo livello dello screening mammografico nel G2 clinico: percentuale di casi di secondo livello chiusi correttamente	≥ 95%	I risultati vengono valutati come segue: ≥ 95%= 100% < 95% = 0%		5%	0%	0%			SOSD Controllo di Gestione

linea progettuale: screening mammografico

ridurre i richiami intermedi (early recall) dopo approfondimento (casi con esito di secondo livello "sospeso"/totale dei casi chiusi dall'unità senologica

< 10

I risultati vengono valutati come segue
valore < 10 = 100%
valore ≥ 10 = 0%

1. 99,82%;
2.8,33%

5%	0%	0%		
----	----	----	--	--

SOSD Controllo di Gestione

Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE			RAR		RESPONSABILE DEL DATO
					dirigenza	PO (*)	comparto	dirigenza	comparto	
Mantenimento livello di produzione scientifica	punti di impact factor normalizzato frazionato (≥ media quinquennale 2013-2017)	≥ 2,176	vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 1,09. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 2,02. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.		5%	0%	0%			biblioteca scientifica

miglioramento della produzione scientifica

partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica

garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato

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

5%	0%	0%		
----	----	----	--	--

biblioteca scientifica

Progetti RAR

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE			RAR		RESPONSABILE DEL DATO
					dirigenza	PO (*)	comparto	dirigenza	comparto	
incremento delle procedure interventistiche tac e eco-guidate (biopsie, drenaggi, ablazioni)	numero di procedure	incremento del 5% dei volumi 2017	il risultato viene valutato come segue: ≥ volumi 2017+5% = 100% ≥ volumi 2017 e < volumi 2017+5% = in proporzione all'intervallo < volumi 2017 = 0%		0%	0%	0%	X	X	SOC Radiologia Oncologica
Revisione della documentazione radiologica esterna delle pazienti candidate a chirurgia senologica provenienti da altre sedi	numero di consulenze senologiche	≥ 150 esami	il risultato viene valutato come segue: ≥ 150 esami = 100% ≥ 130 e < 150 = in proporzione all'intervallo < 130 = 0%		0%	0%	0%	X		SOC Radiologia Oncologica

(*) l'obiettivo RAR potrà essere modificato dagli accordi sindacali

100%

20%

100%

(*) gli obiettivi della posizione organizzativa del dip. DAT sono riportati nelle schede di budget delle strutture del dipartimento

Risorse negoziate:

n. 1 dirigente medico in sostituzione del dirigente medico in aspettativa;
riconoscimento di acquisto di prestazioni aggiuntive: 50 ore max per
dirigente medico (dopo aver utilizzato tutti gli altri strumenti di
incentivazione)

BUDGET 2018 - SOC MEDICINA NUCLEARE - DIRIGENZA E COMPARTO

Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE			RAR		RESPONSABILE DEL DATO
					dirigenza	PO (*)	comparto	dirigenza	comparto	
Attivazione dell'attività diagnostica della radiofarmacia	numero di prestazioni nuovi traccianti (gallio dotatoc, pet-ct con fluoroetiltirosina - FET e Gallio PSMA)	≥ 45	viene riconosciuta una franchigia del 5% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto		5%	0%	15%			SOC Medicina Nucleare
attività PET/CT	numero di PET totali (ambulatoriale + interni)	≥ 3.300	vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 3.200. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 3.267. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	3.633	15%	20%	80%			SOSD Controllo di Gestione
Prosecuzione dell'attività di diagnostica PET/CT con MDC	numero di pet/ct con mdc	≥ 35	viene riconosciuta una franchigia del 5% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	35	5%	0%	5%			SOSD Controllo di Gestione

Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE			RAR		RESPONSABILE DEL DATO
					dirigenza	PO (*)	comparto	dirigenza	comparto	

Miglioramento dei tempi di refertazione per le prestazioni PET di stadiazione	tempi di refertazione	90% delle prestazioni PET di stadiazione viene refertato entro 9 giorni	vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 69,01%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 87,30%. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	92,32%	<input type="text" value="25%"/>	<input type="text" value="0%"/>	<input type="text" value="0%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD Controllo di Gestione
--	-----------------------	--	--	---------------	----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	----------------------	----------------------	----------------------------

Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per l'ecografia	indice di performance priorità B (eco capo collo, addome superiore, addome inferiore, addome completo)	1. target regionale: ≥ 95% priorità B 2. mantenimento del numero di ecografie ambulatoriali (anno 2017)	i target vengono valutati come segue: 1° target: ≥ 95% = 100% < 95% = 0% 2° target: numero di ecografie ambulatoriali ≥ anno 2017 + 5% = 100% numero di ecografie ambulatoriali < anno 2017 + 5% = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target.	86,27%	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="0%"/>	<input type="text" value="0%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento
--	--	--	--	---------------	----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	----------------------	----------------------	--

Rispetto degli standard sui Tempi max di attesa per l'ecografia	indice di performance priorità D (eco capo collo, addome superiore, addome inferiore, addome completo)	1. target regionale: ≥ 90% priorità D 2. mantenimento del numero di ecografie ambulatoriali (anno 2017)	i target vengono valutati come segue: 1° target: ≥ 90% = 100% < 90% = 0% 2° target: numero di ecografie ambulatoriali ≥ anno 2017 = 100% numero di ecografie ambulatoriali < anno 2017 = 0%. L'obiettivo viene considerato raggiunto solo se viene rispettato almeno un target.	1. 92,41%; 2. n. 1.738	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="0%"/>	<input type="text" value="0%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento
--	--	--	--	-----------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	----------------------	----------------------	--

Consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE			RAR		RESPONSABILE DEL DATO
					dirigenza	PO (*)	comparto	dirigenza	comparto	
Rispetto budget prodotti farmaceutici in rapporto all'attività svolta	Rapporto tra consumo di prodotti sanitari e valore della produzione (con esclusione del farmaco xofigo)	≤ 21%	l'obiettivo viene valutato come segue: ≤ 21% = 100% > 21% e ≤ 23% = in proporzione all'intervallo > 23% = 0%	20,89%	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="0%"/>	<input type="text" value="0%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD Controllo di Gestione

Linee progettuali regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE			RAR		RESPONSABILE DEL DATO
					dirigenza	PO (*)	comparto	dirigenza	comparto	

Linea progettuale 3.1.6 Collaborazione tra AAS5 "Friuli Occidentale" e CRO di Aviano: progetto di sviluppo della Medicina Nucleare in ambito neurologico

numero di prestazioni neurologiche eseguite

≥ 10 a partire dal II semestre

l'obiettivo viene valutato secondo un criterio proporzionale

10%

0%

0%

SOC Medicina Nucleare

Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE			RAR		RESPONSABILE DEL DATO
					dirigenza	PO (*)	comparto	dirigenza	comparto	
Mantenimento livello di produzione scientifica	punti di impact factor normalizzato frazionato (≥ media quinquennale 2013-2017)	≥ 7,637	vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 3,82. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 7,1. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	1	5%	0%	0%			biblioteca scientifica
miglioramento della produzione scientifica	partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		5%	0%	0%			biblioteca scientifica

Progetti RAR

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE			RAR		RESPONSABILE DEL DATO
					dirigenza	PO (*)	comparto	dirigenza	comparto	
certificazione ISO 9001:2015, OECEI, accreditamento JACIE, EUSOMA e accreditamento istituzionale	Rispetto degli standard previsti per i vari percorsi di certificazioni in essere	Sono rispettati gli standard e sono mantenuti gli accreditamenti secondo i programmi specifici	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%. La struttura verrà valutata solo per le certificazioni/accreditamenti di propria competenza.		0%	0%	0%	X	X	Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento

(*) l'obiettivo RAR potrà essere modificato dagli accordi sindacali

100%

20%

100%

(*) gli obiettivi della posizione organizzativa del dip. DAT sono riportati nelle schede di budget delle strutture del dipartimento

Risorse negoziate:

n. 1.000 ore di acquisto di prestazioni per i tecnici del dipartimento (dopo aver utilizzato tutti gli altri strumenti di incentivazione)

BUDGET 2018 - SOC FISICA SANITARIA - DIRIGENZA E COMPARTO

Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE			RAR		RESPONSABILE DEL DATO
					dirigenza	PO (*)	comparto	dirigenza	comparto	
Mantenimento volumi di attività (v. budget delle UO "utilizzatrici")	Valore di produzione per fisico	≥ € 55.000	vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: € 52.250. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: € 54.450. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	€ 61.138	<input type="text" value="30%"/>	<input type="text" value="0%"/>	<input type="text" value="0%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD Controllo di Gestione
Mantenimento volumi di attività (v. budget delle UO "utilizzatrici")	numero totale prestazioni	≥ 8.300	vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 7.850. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 8.100. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	8.337	<input type="text" value="0%"/>	<input type="text" value="20%"/>	<input type="text" value="50%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOSD Controllo di Gestione

Efficienza operativa e appropriatezza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE			RAR		RESPONSABILE DEL DATO
					dirigenza	PO (*)	comparto	dirigenza	comparto	
attivazione clinica nuova apparecchiatura LINAC truebeam di recente acquisizione	numero pazienti trattati	≥ 10	l'obiettivo viene valutato secondo un criterio proporzionale		<input type="text" value="60%"/>	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="50%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SOC Fisica Sanitaria

Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE			RAR		RESPONSABILE DEL DATO
					dirigenza	PO (*)	comparto	dirigenza	comparto	

Mantenimento livello di produzione scientifica	punti di impact factor normalizzato frazionato (≥ media quinquennale 2013-2017)	≥ 4,212	vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 2,11. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 3,92. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo. L'obiettivo potrà essere modificato in sede di 2° revisione di budget.	9	<input type="checkbox"/> 5%	<input type="checkbox"/> 0%	<input type="checkbox"/> 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	biblioteca scientifica
---	---	---------	--	---	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--------------------------	--------------------------	------------------------

miglioramento della produzione scientifica	partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		<input type="checkbox"/> 5%	<input type="checkbox"/> 0%	<input type="checkbox"/> 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	biblioteca scientifica
---	--	--	---	--	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--------------------------	--------------------------	------------------------

Progetti RAR

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE			RAR		RESPONSABILE DEL DATO
					dirigenza	PO (*)	comparto	dirigenza	comparto	
garantire il supporto controlli di qualità per lo svolgimento dell'attività di RT fino alle 18:00	invio report controlli di qualità (fonte dati: Qualibus)	trasmissione report con cadenza quadrimestrale	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%.		<input type="checkbox"/> 0%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input checked="" type="checkbox"/> X	SOC Fisica Sanitaria

(*) l'obiettivo RAR potrà essere modificato dagli accordi sindacali

100%

30%

100%

(*) gli obiettivi della posizione organizzativa del dip. DAT sono riportati nelle schede di budget delle strutture del dipartimento

Risorse negoziate:

n. 1 dirigente fisico

n. 1 tecnico a tempo determinato entro il mese di giugno

n. 400 ore di acquisto di prestazioni per i dirigenti fisici (dopo aver utilizzato tutti gli altri strumenti di incentivazione)

n. 1.000 ore di acquisto di prestazione per i tecnici del dipartimento (dopo aver utilizzato tutti gli altri strumenti di incentivazione)

BUDGET 2018 - SOC ONCOLOGIA RADIOTERAPICA - DIRIGENZA E COMPARTO

Volumi di attività

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE			RAR		RESPONSABILE DEL DATO
					dirigenza	PO (*)	comparto	dirigenza	comparto	
Mantenimento volumi e produttività storica	Pazienti unici trattati / medico	≥ 170 (fonte dati g3 e sdo rt)	vengono riconosciuti: - franchigia: 1% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 160. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 168. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	190	30%	0%	0%			SOSD Controllo di Gestione
Mantenimento volumi e produttività storica	totale prestazioni	≥ 68.000 (escluse visite)	vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 63.920. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 65.960. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo	67.669	0%	30%	65%			SOSD Controllo di Gestione

Attrattività e autosufficienza

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE			RAR		RESPONSABILE DEL DATO
					dirigenza	PO (*)	comparto	dirigenza	comparto	
Mantenimento della quota di attrazione extraregionale 2016	% pazienti fuori regione (fonte dati g3 e sdo). esclusa rt area giovani ricovero ordinario	≥ 38%	viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	38,29%	5%	0%	0%			SOSD Controllo di Gestione

Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE			RAR		RESPONSABILE DEL DATO
					dirigenza	PO (*)	comparto	dirigenza	comparto	
Rispetto dei tempi di attesa	tempo di attesa (intervallo tra fine contouring ed inizio trattamento)	almeno 80% entro 30 gg	vengono riconosciuti: - franchigia: 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 74,4%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 77,60%. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	84,48% (fonte qualibus)	30%	0%	35%			Unità Gestione del Rischio clinico ed Accredimento

consumi prodotti sanitari

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE			RAR		RESPONSABILE DEL DATO
					dirigenza	PO (*)	comparto	dirigenza	comparto	
Contenimento del consumo dei prodotti farmaceutici (ospedalieri e diretta)	valore assegnato	≤ € 1.511.000	viene riconosciuta una franchigia del 2% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sopra della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	1.480.547	10%	0%	0%			SOSD Controllo di Gestione

Linee progettuali regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE			RAR		RESPONSABILE DEL DATO
					dirigenza	PO (*)	comparto	dirigenza	comparto	
Linea progettuale regionale firma digitale	% di referti firmati digitalmente	≥ 90%	vengono riconosciuti: - franchigia: 5% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 59,39%. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 85,50%. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	64,65%	10%	0%	0%			SOSD Controllo di Gestione

Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE			RAR		RESPONSABILE DEL DATO
					dirigenza	PO (*)	comparto	dirigenza	comparto	
Mantenimento livello di produzione scientifica	punti di impact factor normalizzato frazionato (≥ media quinquennale 2013-2017)	≥ 38,105	vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 19,05. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 35,44. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	47	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="0%"/>	<input type="text" value="0%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	biblioteca scientifica
miglioramento della produzione scientifica	partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	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="0%"/>	<input type="text" value="0%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	biblioteca scientifica

Progetti RAR

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	PESI INCENTIVAZIONE			RAR		RESPONSABILE DEL DATO
					dirigenza	PO (*)	comparto	dirigenza	comparto	
Attività di formazione e progettazione per l'acquisizione della nuova tecnologia dei protoni	predisposizione documento	entro il 31.12	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo è in comune tra la struttura di Oncologia Radioterapica e l'Area Giovani.		<input type="text" value="0%"/>	<input type="text" value="0%"/>	<input type="text" value="0%"/>	<input checked="" type="text" value="X"/>	<input checked="" type="text" value="X"/>	SOC Oncologia Radioterapica

(*) l'obiettivo RAR potrà essere modificato dagli accordi sindacali

100%

30%

100%

(*) gli obiettivi della posizione organizzativa del dip. DAT sono riportati nelle schede di budget delle strutture del dipartimento

Risorse negoziate:

n. 500 ore di acquisto di prestazioni (dopo aver utilizzato tutti gli altri strumenti di incentivazione)

n. 1.000 ore di acquisto di prestazioni per i tecnici del dipartimento (dopo aver utilizzato tutti gli altri strumenti di incentivazione)

BUDGET 2018 - SOSD AREA DI ONCOLOGIA INTEGRATA PER ADOLESCENTI E GIOVANI ADULTI - DIRIGENZA E COMPARTO

Efficienza operativa, appropriatezza e accessibilità

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	(*) PESI INCENTIVAZIONE			RAR		RESPONSABILE DEL DATO
					dirigenza	PO (*)	comparto	dirigenza	comparto	
compilazione esaustiva della cartella clinica	3 monitoraggi quadrimestrali con criteri di campionatura usati per il monitoraggio regionale	≥ 95%	viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	1	10%	0%	0%			Unità Gestione del Rischio clinico ed Accreditamento
completezza della codifica delle schede di dimissione ospedaliera (SDO)	monitoraggi previsti dal piano controlli regionale	≥ 95%	viene riconosciuta una franchigia del 3% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100%. Al di sotto della franchigia l'obiettivo non è raggiunto	su un campione di 60 cartelle, la completezza delle SDO è di 93,33%	10%	0%	0%			Direzione Sanitaria
Rilevazione dell'attività di ricovero day hospital della struttura	registrazione dei dati di attività di ricovero in regime di DH	registrazione dei ricoveri a partire dal II semestre	viene riconosciuta una franchigia di 30 giorni		10%	0%	0%			SOSD Controllo di Gestione

Linee progettuali regionali

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	(*) PESI INCENTIVAZIONE			RAR		RESPONSABILE DEL DATO
					dirigenza	PO (*)	comparto	dirigenza	comparto	
Garantire la formazione nell'ambito del progetto della Rete oncologica pediatrica regionale	realizzare la formazione al personale medico e infermieristico per gli ospedali di rete territoriali di tutta la regione	realizzazione della formazione entro il 31.12	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		20%	0%	0%			SOSD Area di oncologia Integrata per Adolescenti e Giovani Adulti
Integrazione tra Area Giovani e Pediatria Neonatologia a garanzia della continuità dell'assistenza e delle cure	Sono definite e condivise le modalità per la gestione clinica e assistenziale dei soggetti in età pediatrica con neoplasie	predisposizione documento entro il 31.12	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%		25%	0%	0%			SOSD Area di oncologia Integrata per Adolescenti e Giovani Adulti

Ricerca

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	(*) PESI INCENTIVAZIONE			RAR		RESPONSABILE DEL DATO
					dirigenza	PO (*)	comparto	dirigenza	comparto	
Mantenimento livello di produzione scientifica	punti di impact factor normalizzato frazionato (≥ media quinquennale 2013-2017 escluso l'anno 2016)	≥ 3,579	vengono riconosciuti: - franchigia: 7% entro il quale il valore registrato viene valutato raggiunto al 100% - limite inferiore: 1,79. Al di sotto del limite inferiore, l'obiettivo viene considerato completamente non raggiunto. - limite superiore: 3,33. Nell'intervallo definito tra il limite inferiore e il limite superiore, l'obiettivo viene verificato parzialmente raggiunto in proporzione all'intervallo medesimo.	3	<input type="text" value="10%"/>	<input type="text" value="0%"/>	<input type="text" value="0%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	biblioteca scientifica

miglioramento della produzione scientifica	partecipazione da parte del personale della struttura ad almeno un incontro di formazione, organizzato dalla biblioteca, su indicatori di produttività scientifica	garantire la partecipazione di almeno il 50% del personale dirigente strutturato e 50% del personale di ricerca non strutturato	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="0%"/>	<input type="text" value="0%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	biblioteca scientifica
--	--	---	---	--	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	----------------------	----------------------	------------------------

Progetti RAR

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	VALORE 2017	(*) PESI INCENTIVAZIONE			RAR		RESPONSABILE DEL DATO
					dirigenza	PO (*)	comparto	dirigenza	comparto	
Attività di formazione e progettazione per l'acquisizione della nuova tecnologia dei protoni	predisposizione documento	entro il 31.12	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0% L'obiettivo è in comune tra la struttura di Oncologia Radioterapica e l'Area Giovani.		<input type="text" value="0%"/>	<input type="text" value="0%"/>	<input type="text" value="0%"/>	<input checked="" type="text" value="X"/>	<input type="text"/>	SOC Oncologia Radioterapica

(*) l'obiettivo RAR potrà essere modificato dagli accordi sindacali

(*) gli obiettivi del personale tecnico-sanitario sono contenuti nella scheda della SOC di oncologia radioterapica; gli obiettivi del restante personale sanitario sono contenuti nella scheda del comparto del dipartimento di oncologia clinica

90%

0%

0%

(°) gli obiettivi della posizione organizzativa del dip. DAT sono riportati nelle schede di budget delle strutture del dipartimento

Risorse negoziate:

nessuna

BUDGET 2018 - SOC APPROVVIGIONAMENTI, ECONOMATO E LOGISTICA - DIRIGENZA E COMPARTO

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RAR		RESPONSABILE DEL DATO
				dirigenza	comparto	dirigenza	comparto	
Monitoraggio consumi dispositivi medici	Invio flussi	II° trim Entro il 31.07.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%	40%			SOC Approvvigionamenti, Economato e Logistica
Predisposizione capitolato servizio cup	Determina di approvazione del capitolato	Entro il 30.07.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	40%	20%			SOSD Controllo di Gestione
Acquisto piattaforma genomica	Provvedimento di aggiudicazione	Entro il 30.08.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%	20%			SOSD Controllo di Gestione
Acquisto sistema informatico aria	Provvedimento di aggiudicazione	Entro il 30.04.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%	20%			SOSD Controllo di Gestione
				100%	100%			

BUDGET 2018 - SOC GESTIONE DELLE TECNOLOGIE CLINICHE, TECNICO-STRUTTURALI E INFORMATICHE - DIRIGENZA E COMPARTO

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RAR		RESPONSABILE DEL DATO
				dirigenza	comparto	dirigenza	comparto	
Contratti manutenzione apparecchiature elettromedicali periodo 2018-2020	adozione determina a contrarre e successive determine di affidamento	30/06/2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	35%	30%			SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche
Implementazione sistema Aria per radioterapia PN	Verbale di collaudo fornitura	30/09/2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%			SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche
Realizzazione nuova unità farmaci antiblastici	indizione gara per i lavori	30/11/2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	35%	30%			SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche
Riqualificazione Ambienti Chiesa istituto	fine dei lavori	30/10/2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	15%			SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche
Nuovo acceleratore TrueBeam	fine dei lavori edili impiantistici	01/07/2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	15%			SOC Gestione delle Tecnologie Cliniche, Tecnico-Strutturali e Informatiche
				100%	100%			

BUDGET 2018 - SOC GESTIONE RISORSE ECONOMICO-FINANZIARIE - DIRIGENZA E COMPARTO

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RAR		RESPONSABILE DEL DATO
				dirigenza	comparto	dirigenza	comparto	
Il fase del PAC	validazione processi di competenza	entro 31.12.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	40%	40%			SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
Collaborazione all'elaborazione del bilancio di missione riferito al 2017	elaborazione delle informazioni di competenza della struttura (dati della performance economica)	evidenza delle informazioni nel documento del bilancio di missione	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	30%	30%			SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
Nuovi obblighi di legge sulla modalità di incasso e pagamento delle Amministrazioni Pubbliche - progetto Siope +	parametrizzazione sistema gestionale e emissione ordinativi di pagamento e incassi secondo lo standard OPI per il tramite della piattaforma SIOPE +	partenza a regime entro ottobre 2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	30%	30%			SOC Gestione Risorse Economico-Finanziarie
				100%	100%			

BUDGET 2018 - SOC LEGALE, AFFARI GENERALI E GESTIONE RISORSE UMANE: UFFICIO AG E LEGALI - DIRIGENZA E COMPARTO

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RAR		RESPONSABILE DEL DATO
				dirigenza	comparto	dirigenza	comparto	
Collaborazione con EGAS nella predisposizione dei nuovi bandi per aggiudicazione polizze assicurative	partecipazione riunioni presso EGAS	evidenza delle informazioni nei questionari / documenti inviati a EGAS	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	30%	30%			SOC Legale, Affari Generali e gestione Risorse Umane
Percorso di integrazione CRO / AASS per trasferimento funzione di oncologia	Elaborazione ulteriori procedure operative	evidenza delle procedure nella corrispondenza tra le due aziende	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	40%	40%			SOC Legale, Affari Generali e gestione Risorse Umane
Revisione Regolamento orario di lavoro personale del Comparto	Elaborazione proposta revisione	evidenza della trasmissione della proposta alle direzioni aziendali	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	30%	30%			SOSD Controllo di Gestione
				100%	100%			

BUDGET 2018 - SOSI GESTIONE DEL PERSONALE - DIRIGENZA E COMPARTO

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RAR		RESPONSABILE DEL DATO
				dirigenza	comparto	dirigenza	comparto	
Collaborazione all'elaborazione del bilancio di missione riferito al 2017	Elaborazione delle informazioni di competenza della struttura (dati del personale)	evidenza delle informazioni nel documento del bilancio di missione	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	10%	10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Direzione Sanitaria
Contratto integrativo aziendale 2016-2018	Elaborazione puntuale ipotesi di contratto	presentazione alle OOSS del documento entro il 31.12	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	45%	45%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSI Gestione del Personale
Revisione Regolamento orario di lavoro personale del Comparto	1. elaborazione proposta revisione 2. applicazione nuova disciplina con particolare riferimento al pagamento mensile del lavoro straordinario	1. evidenza della trasmissione della proposta alle direzioni aziendali 2. evidenza dell'applicazione della nuova disciplina	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 2 risultati	45%	45%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOSD Controllo di Gestione
				100%	100%			

BUDGET 2018 - SEGRETERIA DIREZIONE GENERALE - DIRIGENZA E COMPARTO

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RAR		RESPONSABILE DEL DATO
				dirigenza	comparto	dirigenza	comparto	
Garantire il supporto segretariale al Consiglio di Indirizzo e Verifica e al Collegio di direzione	Predisposizione e invio verbali delle riunioni ai componenti del CIV e Collegio di Direzione	entro i 30 giorni successivi alla data delle riunioni	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="0%"/>	<input type="text" value="50%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Segreteria Direzione Generale
Supporto tecnico-informatico alla stesura di documenti della direzione strategica	Predisposizione di tabelle/presentazioni ppt a supporto dell'attività della direzione strategica	almeno 10	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="0%"/>	<input type="text" value="50%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Segreteria Direzione Generale
				<input type="text" value="0%"/>	<input type="text" value="100%"/>			

BUDGET 2018 - SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE - DIRIGENZA E COMPARTO

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RAR		RESPONSABILE DEL DATO
				dirigenza	comparto	dirigenza	comparto	
Istruzione Operativa per la "Gestione incidenti a rischio biologico"	Stesura e approvazione della IO con pubblicazione in Intranet Aziendale in riferimento alla "Procedura per l'organizzazione degli interventi di primo soccorso e l'attivazione degli interventi di pronto soccorso per i lavoratori operanti al CRO"	entro il 31/12/2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si =100% se il risultato è no = 0%	0%	40%			Servizio prevenzione e protezione aziendale
Istruzione Operativa per la "Gestione delle libere professioni da parte della Sorveglianza Sanitaria"	Stesura e approvazione della IO con pubblicazione in Intranet Aziendale in riferimento al "Protocollo di Sorveglianza Sanitaria"	entro il 31/12/2018	Il risultato viene valutato come segue: Se il risultato è si =100% Se il risultato è no = 0%	0%	40%			Servizio prevenzione e protezione aziendale
Organizzazione di corsi di formazione obbligatoria	Organizzazione ed esecuzione di n. 1 corso di formazione obbligatoria: Aggiornamento corso Dirigenti e Preposti per la Sicurezza	entro il 31/12/2018	Il risultato viene valutato come segue: Se il risultato è si =100% Se il risultato è no = 0%	0%	20%			Servizio prevenzione e protezione aziendale
				0%	100%			

BUDGET 2018 - UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO - DIRIGENZA E COMPARTO

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RAR		RESPONSABILE DEL DATO
				dirigenza	comparto	dirigenza	comparto	
Gestione reclami	1. predisposizione report di monitoraggio e analisi reclami 2. registrazione di reclami nel sistema informativo INSIEL	1. primo report riferito ai primi 9 mesi entro il 31.10; secondo report riferito all'ultimo trimestre entro il 15 gennaio 2019 2. 100% reclami registrati	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 2 risultati.	0%	70%			Ufficio Relazioni con il Pubblico
Collaborazione all'elaborazione del bilancio di missione riferito al 2017	elaborazione delle informazioni di competenza della struttura (dati di competenza dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico)	evidenza delle informazioni nel documento del bilancio di missione	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	0%	30%			Ufficio Relazioni con il Pubblico
				0%	100%			

BUDGET 2018 - SOSD CONTROLLO DI GESTIONE - DIRIGENZA E COMPARTO

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RAR		RESPONSABILE DEL DATO
				dirigenza	comparto	dirigenza	comparto	
Il fase del PAC	validazione processi di competenza	entro 31.12.2018	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	50%	50%			SOSD Controllo di Gestione
Collaborazione all'elaborazione del bilancio di missione riferito al 2017	elaborazione delle informazioni di competenza della struttura (dati di attività)	evidenza delle informazioni nel documento del bilancio di missione	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	50%	50%			SOSD Controllo di Gestione
				100%	100%			

BUDGET 2018 - SOSD DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE - DIRIGENZA E COMPARTO

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RAR		RESPONSABILE DEL DATO
				dirigenza	comparto	dirigenza	comparto	
Linea progettuale regionale n. 5.2 - fascicolo sanitario elettronico	attuazione corso formazione agli operatori delle segreteria dei dipartimenti clinici	entro 31.12	Il risultato viene valutato 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"/>	<input type="text"/>	Direzione Sanitaria
Linea progettuale regionale: 3.6.7. - Rete Cure Sicure FVG	completamento corsi di formazione dei link professional	entro 31.12	Il risultato viene valutato 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"/>	<input type="text"/>	Direzione Sanitaria
				<input type="text" value="100%"/>	<input type="text"/>			

BUDGET 2018 - SOSD DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO - DIRIGENZA E COMPARTO

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RAR		RESPONSABILE DEL DATO
				dirigenza	comparto	dirigenza	comparto	
Progetto Lean management: implementazione cartella clinica CRO	chiusura progetto	entro 31.12	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%	20%			Direzione Sanitaria
Linea progettuale regionale n. 3.6.6. Erogazione dei livelli di assistenza	1. approvazione delibera di recepimento comitato 2. partecipazione al comitato interaziendale delle infezioni ospedaliere	1. entro il 30.09 2. almeno 1 componente cro è sempre presente alle riunioni del comitato	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%	20%			Direzione Sanitaria
Linea progettuale regionale n. 5.2 - fascicolo sanitario elettronico	attuazione corso formazione agli operatori delle segreteria dei dipartimenti clinici	entro 31.12	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%	20%			Direzione Sanitaria
Monitoraggio degli obiettivi di budget dei tempi di attesa contenuti nelle schede di budget delle varie strutture operative	predisposizione di report di monitoraggio	invio al controllo di gestione di almeno due report con cadenza semestrale	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%	20%			SOSD Controllo di Gestione
Linea progettuale regionale: 3.6.7. - Rete Cure Sicure FVG	completamento corsi di formazione dei link professional	entro 31.12	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è sì = 100% se il risultato è no = 0%	20%	20%			Direzione Sanitaria
				100%	100%			

BUDGET 2018 - SOSD FARMACIA - DIRIGENZA E COMPARTO

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RAR		RESPONSABILE DEL DATO
				dirigenza	comparto	dirigenza	comparto	
Monitoraggio periodico dei farmaci a maggior impatto di spesa	% di utilizzo in label dei primi 5 farmaci a maggior impatto di spesa	≥ 95% del totale del valore	monitoraggio semestrale delle registrazioni AIFA (verbale) entro il mese successivo al semestre di riferimento (luglio 2018 per I sem; gennaio 2019 per II semestre)	40%	40%			SOSD Farmacia
Utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto	% di conversione alla specialità a brevetto scaduto	≥ 80% delle dosi di utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto di pari principio attivo (a partire dal mese successivo alla disponibilità del biosimilare/generico)	la valutazione terrà conto del completamento delle richieste al Provveditorato e all'EGAS per l'utilizzo dei farmaci a brevetto scaduto entro 45 gg dalla pubblicazione in GU	30%	30%			SOSD Farmacia
Erogazione primo ciclo in DD	dosi prescritte da prescrittori CRO e spedite da farmacie territoriali AAS5 vs dosi totali prescritte da prescrittori CRO	il 90% delle dosi prescritte alla dimissione è in distribuzione diretta	monitoraggio semestrale delle dosi prescritte vs dosi distribuite in AAS5 tramite confronto con dati forniti da settore farmaceutico AAS5	30%	30%			SOSD Farmacia
				100%	100%			

BUDGET 2018 - STAFF - CENTRO ATTIVITÀ FORMATIVE - DIRIGENZA E COMPARTO

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RAR		RESPONSABILE DEL DATO
				dirigenza	comparto	dirigenza	comparto	
Realizzazione Corso per Direttori di SOC su mandato regionale	a. progettazione del percorso formativo con il Board Scientifico b. ingaggio faculty per 1° (Aviano) e 2° edizione (Monfalcone) c. realizzazione 1° edizione e avvio 2° edizione d. predisposizione rendicontazione per la Regione (1° edizione)	a. evidenza progettazione formativa b. evidenza ingaggio faculty per 1° e 2° edizione c. presenza registri partecipanti e docenti, presenza verbali esame finale; d. evidenza rendicontazione per la regione (1° edizione)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si =100% se il risultato è no = 0%	50%	30%			Centro Attività Formative
Formazione strategica sull'umanizzazione delle cure e la medicina narrativa	a. realizzazione di un ciclo di workshop di medicina narrativa (almeno 5) b. realizzazione di 1 evento base e 1 evento avanzato per formatori con approcci narrativi c. progettazione di una scuola permanente di scrittura per operatori, pazienti e caregivers	a. n. 5 workshop b. n. 2 eventi c. n. 1 progetto approvato dalla direzione	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si =100% se il risultato è no = 0%	50%	70%			Centro Attività Formative
				100%	100%			

BUDGET 2018 - STAFF - SEGRETERIA SCIENTIFICA - DIRIGENZA E COMPARTO

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	(*) PESI INCENTIVAZIONE		RAR		RESPONSABILE DEL DATO
				dirigenza	comparto	dirigenza	comparto	
Fundraising	Recupero di almeno una parte degli indirizzi di donatori che hanno effettuato donazione per la ricerca e che a causa di errate trascrizione bancaria risultano con indirizzo assente o incompleto	Percentuale di indirizzi recuperati sul totale di indirizzi errati o incompleti: ≥25%	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si =100% se il risultato è no = 0%	0%	20%			direzione scientifica
Accreditamento OECI	- Individuazione dei team leader - Organizzazione di riunioni preparatorie	- Definizione gruppi di lavoro - n. 3 riunioni	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si =100% se il risultato è no = 0%	70%	30%			direzione scientifica
Sostegno alla sperimentazione clinica	Snellimento procedure interne: Modifica regolamento IRB	evidenza della modifica del regolamento	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si =100% se il risultato è no = 0%	0%	20%			direzione scientifica
Efficienza del personale della ricerca e personale di supporto alla ricerca	Integrazione dello staff, Partecipazione lavori di individuazione dei criteri c/o Min Salute	Revisione processi (Procedure semplificate o automatizzate)	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si =100% se il risultato è no = 0%	0%	30%			direzione scientifica
				70%	100%			

L'obiettivo assegnato alla dirigenza (70%) è attribuito al dirigente medico in staff alla direzione scientifica

BUDGET 2018 - STAFF - COMITATO ETICO UNICO REGIONALE - DIRIGENZA E COMPARTO

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RAR		RESPONSABILE DEL DATO
				dirigenza	comparto	dirigenza	comparto	
Utilizzazione della piattaforma CINECA	- Supporto completo all'attivita' del CEUR, mediante inserimento di tutti gli studi in piattaforma, emendamenti e notifiche. - Creazione dell'ordine del giorno attraverso la piattaforma medesima	evidenza della realizzazione degli indicatori (rendicontazione dell'attivita' del CEUR).	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si =100% se il risultato è no = 0%	0%	100%			direzione scientifica
Seminari di metodologia sperimentale	Supporto all'attività degli sperimentatori all'interno del CRO e in ambito regionale	presenza della documentazione del report di tali eventi al CRO e fuori CRO	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si =100% se il risultato è no = 0%	100%	0%			direzione scientifica
				100%	100%			

BUDGET 2018 - STAFF - UFFICIO SPERIMENTAZIONI CLINICHE - DIRIGENZA E COMPARTO

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RAR		RESPONSABILE DEL DATO
				dirigenza	comparto	dirigenza	comparto	
Miglioramento della qualità della sperimentazione clinica	Formazione del personale del CTO (Study Coordinator Infermiere di Ricerca)	Realizzazione di un corso formativo al CRO di Aviano della durata di un anno (nell'anno 2018 saranno previsti 3 incontri), che avranno come tema i trattamenti delle principali neoplasie solide e onco-ematologiche)	Presenza registri partecipanti e docenti. Slide dei relatori (previa autorizzazione degli stessi); Documentazione ECM	0%	100%			direzione scientifica
				0%	100%			

BUDGET 2018 - STAFF - SERVIZIO BIBLIOTECA - DIRIGENZA E COMPARTO

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE	RAR		RESPONSABILE DEL DATO		
					dirigenza	comparto		dirigenza	comparto
Monitoraggio e promozione produttività scientifica: migliorare, in senso di maggiore equità, l'attribuzione dell'IF norm. alle SO e incentivare la produttività scientifica globale d'Istituto	a) report mensili di produttività scientifica contenenti l'If normalizzato frazionato; b) organizzazione di almeno 1 corso - 2 edizioni - rivolti al personale per informare circa i criteri dell'Impact Factor normalizzato; c) organizzazione di almeno 1 corso rivolti al personale per informare circa indicatori di produttività scientifica tratti da SCIVAL e/o INCITES; d) elaborare a fine anno un documento di presentazione e illustrazione indicatori di produttività scientifica con proposta per il 2019.	evidenza della realizzazione degli indicatori	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si =100% se il risultato è no = 0%	0,00	<input type="text" value="50%"/>	<input type="text" value="50%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	biblioteca scientifica
Mantenere e promuovere l'accesso alle risorse elettroniche, riviste e libri	a) mantenere il catalogo TDNet per l'accesso a riviste, banche dati, e-book; b) promuoverne la fruizione anche dall'esterno tramite corsi di formazione ed helpdesk; c) catalogo dei libri Biblioest aggiornato	a) mantenere i cataloghi e database per l'accesso alle risorse elettroniche e su altri supporti; b) garantire l'accesso da remoto;	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si =100% se il risultato è no = 0%	0,00	<input type="text" value="50%"/>	<input type="text" value="50%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	biblioteca scientifica
					<input type="text" value="100%"/>	<input type="text" value="100%"/>			

BUDGET 2018 - STAFF - UFFICIO GRANT - DIRIGENZA E COMPARTO

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	(*)				RESPONSABILE DEL DATO
				PESI INCENTIVAZIONE		RAR		
				dirigenza	comparto	dirigenza	comparto	
Snellimento e informatizzazione procedure per la gestione amministrativo-contabile dei progetto RF	- Riduzione delle richieste 'cartacee' (per le missioni di ricerca finalizzata) e contestuale utilizzo di form nel DBR - archiviazione digitale della documentazione di spesa del progetto.	- Implementazione form per richieste di missioni nel DBR - Effettiva archiviazione digitale documenti nel DBR.	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si =100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="0%"/>	<input type="text" value="50%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	direzione scientifica
Migliore caratterizzazione del ruolo specifico dei diversi tipi di finanziamento della ricerca	aumento dell'efficienza della ricerca e regolarità delle spese (combinare progetti in collaborazioni più ampie e continuative)	Nuovi tipi (≥3) di progetti nella Ricerca Corrente e nei fondi 5 per Mille	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si =100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="30%"/>	<input type="text" value="50%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	direzione scientifica
				<input type="text" value="30%"/>	<input type="text" value="100%"/>			

L'obiettivo assegnato alla dirigenza (30%) è attribuito al dirigente medico in staff alla direzione scientifica

BUDGET 2018 - STAFF - UFFICIO TRASFERIMENTO TECNOLOGICO - DIRIGENZA E COMPARTO

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RAR		RESPONSABILE DEL DATO
				dirigenza	comparto	dirigenza	comparto	
Promozione dei processi di trasferimento tecnologico	N° progetti presentati a bando di finanziamento anno 2018 del MISE per Uffici di Trasferimento Tecnologico.	≥1 progetto	Il risultato viene valutato come segue: se il risultato è si =100% se il risultato è no = 0%	<input type="text" value="0%"/>	<input type="text" value="100%"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	direzione scientifica
				<input type="text" value="0%"/>	<input type="text" value="100%"/>			

BUDGET 2018 - SOC EPIDEMIOLOGIA ONCOLOGICA - DIRIGENZA E COMPARTO

OBIETTIVO	INDICATORI/ATTIVITA'	TARGET 2018	CRITERI VALUTAZIONE	PESI INCENTIVAZIONE		RAR		RESPONSABILE DEL DATO
				dirigenza	comparto	dirigenza	comparto	
Produzione scientifica	Punti di Impact Factor grezzo	180 punti di Impact Factor grezzo	Il risultato viene valutato come segue: Valore >180 =100% Valore >100 e <180 =80% Valore <100 =0%	40%	25%			biblioteca scientifica
Registrazione dei tumori in Friuli Venezia Giulia	Aggiornamento incidenza al 31/12/2013.	Evidenza di report pubblicato su www.cro.it con i dati di incidenza, sopravvivenza e prevalenza per il periodo 2000-2013	Il risultato viene valutato come segue: Pubblicazione presente = 100% Pubblicazione assente = 0%	30%	50%			SOC epidemiologia
Partecipazione agli studi di epidemiologia ambientale	Conclusione dello studio di Monitoraggio Biologico Umano	Pubblicazione del rapporto definitivo sul sito www.cro.it	Il risultato viene valutato come segue: Pubblicazione presente = 100% Pubblicazione assente = 0%	30%	25%			SOC epidemiologia
				100%	100%			

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 17/07/2018, ai sensi dell'art. 32, comma 1, della Legge 18.06.2009, n. 69.

CERTIFICATO DI ESECUTIVITÀ

La presente deliberazione è divenuta esecutiva il 17/07/2018, 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

- UFF. PRESTAZIONI
- URP
- DIR. DIPARTIMENTO

Aviano, li 17/07/2018

L'INCARICATO
Martina Zancai
