

DELIBERAZIONE N. 398 DEL 07/06/2018	
OGGETTO: Processo di budget 2018. Approvazione degli obiettivi e delle schede di budget per singola struttura	
Esercizi/o 2018 Centri/o di costo . - Importo presente Atto: € . - Importo esercizio corrente: € . Budget - Assegnato: € . - Utilizzato: € . - Residuo: € . Autorizzazione n°: . Servizio Risorse Economiche: Livio Cardelli	STRUTTURA PROPONENTE UOS Pianificazione Programmazione e Controllo di Gestione Il Dirigente Responsabile Cinzia Bomboni Responsabile del Procedimento Cinzia Bomboni L'Estensore Angela De Simone Proposta n° DL-68-2018
PARERE DEL DIRETTORE SANITARIO Positivo Data 07/06/2018 IL DIRETTORE SANITARIO Branka Vujovic	PARERE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO Positivo Data 06/06/2018 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO Laura Figorilli
Parere del Direttore Scientifico IRE Gennaro Ciliberto data 04/06/2018 Positivo Parere del Direttore Scientifico ISG Aldo Morrone data 05/06/2018 Positivo	
La presente deliberazione si compone di n° 5 pagine e dei seguenti allegati che ne formano parte integrante e sostanziale: - Schede di Budget - Obiettivi di Budget - Invito al Budget	

Il Dirigente della UOS Pianificazione Programmazione e Controllo di Gestione

- Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Visto il decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288;
- Vista la legge regionale 23 gennaio 2006, n. 2;
- Visto il decreto legislativo n. 150 del 2009 e successive modifiche al Capo II art. 10 “Piano delle prestazioni e dei risultati e relazione sulla prestazione e risultati”;
- Vista la legge Regionale n. 1 del 2011;
- Visto il Decreto del Commissario ad Acta n. 248/2015 avente ad oggetto: “Definizione, ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 5, del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, dei criteri generali e delle procedure per la valutazione dell'attività dei Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e assegnazione degli obiettivi per l'anno 2015”;
- Vista la deliberazione IFO 1129 del 12 dicembre 2016 avente ad oggetto “Individuazione dei requisiti di sostenibilità economica dei Piani di Rientro – DCA n. U00273/2016 degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri”;
- Vista la deliberazione IFO 96 del 8 febbraio 2017 avente ad oggetto “Approvazione del Piano di Efficientamento 2017-2019 degli IFO ad integrazione della deliberazione del 12 dicembre 2016 n. 1129;
- Vista la deliberazione IFO 217 del 21 marzo 2017, avente ad oggetto la “Modifica del Piano di Efficientamento 2017-2019”, adottato con deliberazione del 18 febbraio 2017, n. 96;
- Visto il D.L.vo n. 150/2009, e successive modifiche ed integrazioni, che introduce il concetto di performance organizzativa e individuale;
- Vista la deliberazione n. 950 del 21 dicembre 2015 avente ad oggetto l’Adozione del sistema aziendale di misura e valutazione delle performance degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri;
- Vista la deliberazione n. 951 del 21 dicembre 2015 avente ad oggetto l’Adozione del Regolamento di Budgeting – metodologia e procedure per la programmazione, il monitoraggio e la verifica della performance organizzativa;

Vista	la deliberazione n. 57 del 31 gennaio 2018 avente ad oggetto “Aggiornamento Piano Triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza 2018-2020” ;
Vista	la deliberazione n. 63 del 31 gennaio 2018 avente ad oggetto “Adozione Piano Triennale delle Performance 2018-2020” nel quale piano vengono esplicitati: l’albero delle Performance, le Aree Strategiche e gli Obiettivi Strategici Correlati;
Vista	la deliberazione n. 212 del 22 marzo 2018 avente ad oggetto “Attribuzione provvisoria budget trasversali per l’anno 2018;
Tenuto conto	delle linee programmatiche e progettuali che la Direzione Strategica ha inserito nel Piano Strategico Triennale 2018-2020 in fase di approvazione;
Tenuto conto	delle linee di programmazione delle Direzioni Scientifiche IRE e ISG;
Considerato che	<p>dal monitoraggio effettuato, sia dai controller interni che dagli uffici regionali, sugli indicatori previsti dal piano di efficientamento, l’Azienda, nella gestione 2017 ha prodotto dei risultati di esercizio positivi;</p> <p>sono state predisposte le schede di budget per le strutture sanitarie ed amministrative declinando:</p> <ul style="list-style-type: none">• obiettivi operativi individuati dal succitato piano di efficientamento• obiettivi contrattuali generali di mandato del Direttore Generale contenuti nel Decreto del 23 novembre 2016, n. T00248• obiettivi operativi individuati dal Piano Triennale delle Performance• obiettivi legati a linee progettuali presenti nel Piano Strategico Triennale;

il percorso di budget è iniziato con la presentazione del Budget 2018, che si è svolto il 20 dicembre 2017 in un incontro nel quale il Direttore Generale ha illustrato il Piano Strategico, il preconsuntivo Budget 2017 e le linee di programmazione per il 2018 e la cui presentazione riportata in Allegato 1 del presente provvedimento, ne costituisce parte integrante e sostanziale;

il processo di negoziazione è stato quindi avviato a partire dal mese di marzo con incontri di comitato budget, dipartimentali e con i singoli CdR laddove fossero necessari degli approfondimenti;

a seguito di questo processo di negoziazione sono state predisposte le schede per i singoli CdR con gli obiettivi specifici e i relativi indicatori di risultato, obiettivi che sono illustrati nella presentazione riportata in Allegato 2 del presente provvedimento che ne costituisce parte integrale e sostanziale;

che il processo di negoziazione si è concluso con la sottoscrizione da parte dei Responsabili delle relative schede, che, riportate in Allegato 3 del presente provvedimento, ne costituiscono parte integrante e sostanziale;

Ritenuto quindi opportuno procedere alla formale approvazione degli obiettivi e delle schede di budget ed all'assegnazione definitiva degli obiettivi 2018 ai Responsabili di struttura dell'area sanitaria e amministrativa;

Attestato che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi della legge 14 gennaio 1994, n. 20 art. 1 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui alla legge 7 agosto 1990, n. 241 art. 1, primo comma come modificata dalla legge 11 febbraio 2005, n. 15;

Attestato in particolare, che il presente provvedimento è stato predisposto nel pieno rispetto delle indicazioni e dei vincoli stabiliti dai decreti del Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Lazio;

Propone

per i motivi di cui in narrativa che si intendono integralmente confermati di:

- procedere all'assegnazione definitiva degli obiettivi 2018 ai Responsabili di struttura dell'area sanitaria e amministrativa e alla formale approvazione degli obiettivi e delle schede di budget, allegate alla presente delibera quale parte integrante.

La UOS Pianificazione Programmazione e Controllo di Gestione curerà tutti gli adempimenti per l'esecuzione della presente deliberazione.

**Il Dirigente della UOS Pianificazione Programmazione e Controllo
di Gestione**

Cinzia Bomboni

Il Direttore Generale

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

Visto il decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288;

Vista la legge regionale 23 gennaio 2006, n. 2;

In Virtù dei poteri conferitigli dal Presidente della Regione Lazio con Decreto del 23 novembre 2016, n. T00248;

Preso atto che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi della legge 14 gennaio 1994, n. 20 art. 1 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui alla legge 7 agosto 1990, n. 241 art. 1, primo comma come modificata dalla legge 11 febbraio 2005, n. 15;

Preso atto altresì che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo attesta, in particolare, che lo stesso è stato predisposto nel pieno rispetto delle indicazioni e dei vincoli stabiliti dai decreti del Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Lazio;

Visto il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario Aziendale;

ritenuto di dover procedere;

Delibera

di approvare la proposta così formulata concernente *“Processo di budget 2018. Approvazione degli obiettivi e delle schede di budget per singola struttura”* e di renderla disposta.

Il Direttore Generale

Dott. Francesco Ripa di Meana

Documento firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate



20 Dicembre 2017

INVITO AL BUDGET 2018

- Presentazione Piano Strategico 2018-2020**
- Preconsuntivo Budget 2017**
- Avvio Budget 2018**

PIANO STRATEGICO

Piano Strategico 2018-2020

Bozza al 20/12/2017

LE RAGIONI PER UN PIANO STRATEGICO

8

Trasformare l'organizzazione per aumentare efficienza, sicurezza e qualità a sostegno dello sviluppo strategico

1

Consolidare IFO come Hub di 2° e 3° livello per patologie ad alta complessità, rare, da second opinion.

2

Potenziare la ricerca di base, traslazionale e le sperimentazioni cliniche

7

Focus sulla sostenibilità con politiche Aziendali sui Ricavi e sui Costi

3

Dalla logica della *prestazione* al percorso completo del paziente

6

Perseguire una politica di alleanze con grandi "Players" Romani e Nazionali (Università, Policlinici, Ist. Di Ricerca)

5

Diventare su mandato Regionale "leader" del governo delle reti Oncologiche e Dermatologiche

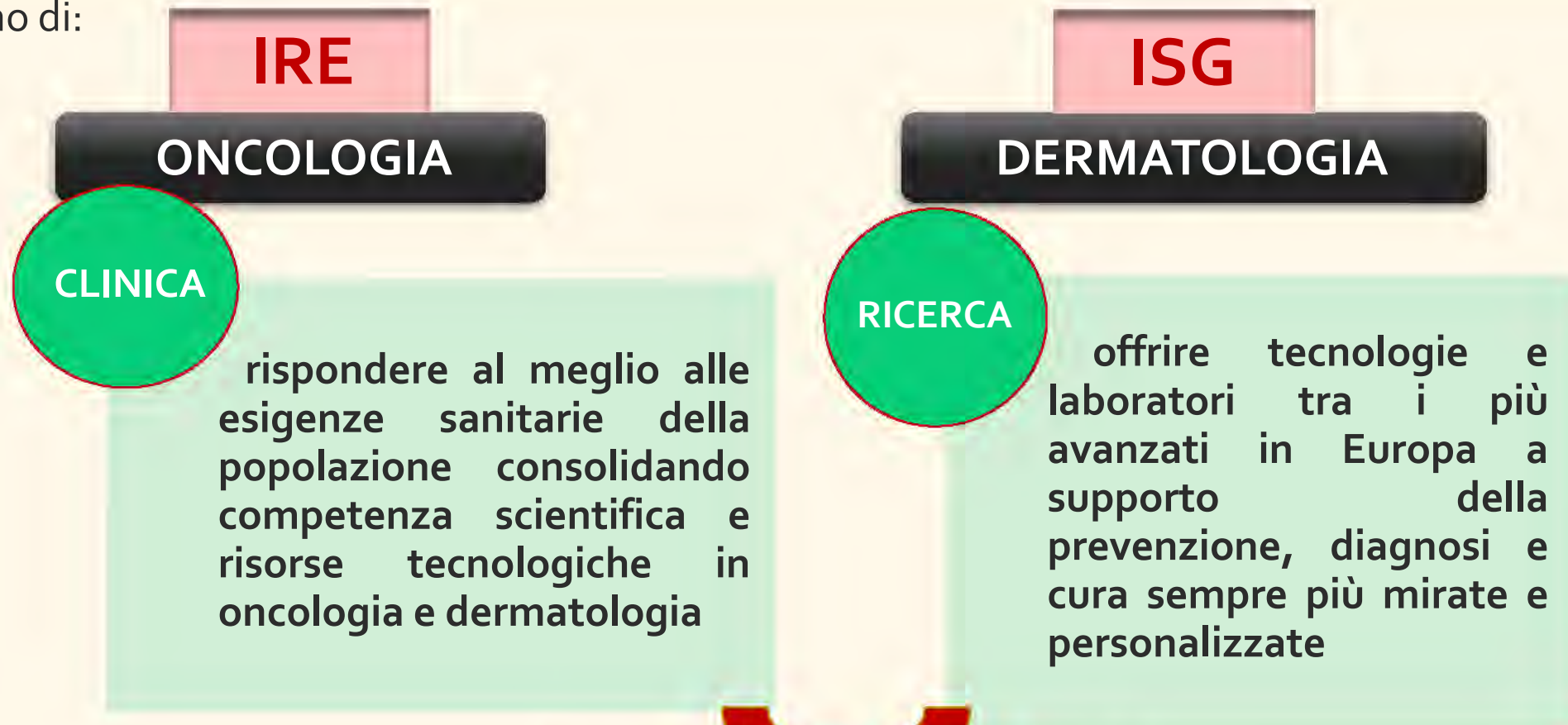
4

Aumentare l'attrattività Nazionale dell'IFO su ricerca e assistenza

Un piano strategico per...

LA MISSION DELL'IFO

IRE e ISG sono impegnati nell'assistenza, nella ricerca biomedica e nella formazione; Rispettivamente, si occupano di:



Ricerca traslazionale

IL CONTESTO IN CUI SI INSERISCE L'IFO



PUNTI DI FORZA

- Ruolo di leadership nella rete dei servizi laziali
- Alto posizionamento regionale su alcuni prodotti "core"
- Centri di riferimento di ricerca oncologico e dermatologico a livello nazionale e internazionale
- Recenti sviluppi di investimenti in campo tecnologico
- Alto tasso di umanizzazione degli operatori

DEBOLEZZE

- Trend negativi in alcune linee di produzione assistenziali
- Modello organizzativo obsoleto
- Presenza di linee di prodotto non consone al core mission ed al ruolo di II e III livello dell'IFO
- Difficoltà a far partire le reti

OPPORTUNITA'

- Trend positivi sui principali prodotti di chirurgia oncologica e di dermatologia
- PDTA già presenti nel piano aziendale e Disease Management Team da sviluppare
- Possibilità di enucleare con chiarezza alcune aree su cui investire
- Rafforzare le potenzialità della ricerca traslazionale

MINACCE

- Affermazione/crescita di competitors sull'assistenza a livello regionale
- Affermazione/crescita di competitors sulla ricerca a livello nazionale
- Insufficiente caratterizzazione del ruolo dell'IFO a livello regionale
- Insufficienti finanziamenti programmati sullo sviluppo tecnologico
- Insufficiente vitalità nelle reti oncologiche laziali

LE AREE DI ATTENZIONE DEL PIANO STRATEGICO

- Conseguire lo sviluppo strategico atteso e sostenere questo percorso richiede un lavoro su:
 - **IDENTITA'**, un **punto di riferimento nazionale e internazionale** per la dermatologia e l'oncologia;
 - **RICERCA**, un **player di peso** nell'area dell'*omica* e della *precision medicine*;
 - **POSIZIONAMENTO NELLA RETE DEL SSR E DEL SSN**, un ruolo di **pivot** di sistema dal punto di vista scientifico e organizzativo;
 - **SISTEMA PRODOTTO-SERVIZIO**, **eccellenze** di contenuto e nella *patient experience*;
 - **COMPATIBILITA' ECONOMICHE**, **generare e liberare risorse** per la crescita istituzionale.



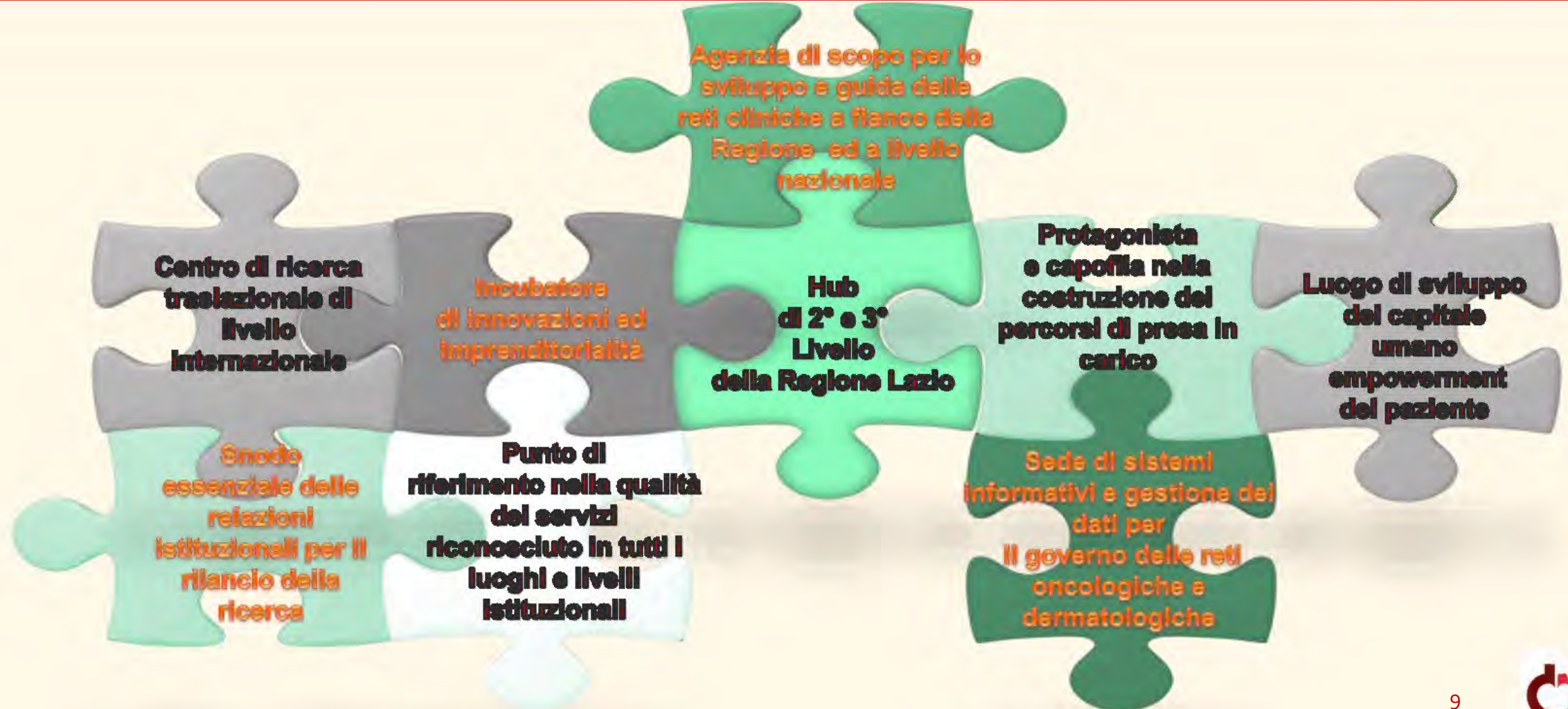


IDENTITA'

Noi vogliamo essere riconosciuti come fondamentale punto di riferimento oncologico e dermatologico nelle reti clinico-assistenziali nel Lazio ed in Italia, sede di alta tecnologia, luogo di ricerca internazionale e attore chiave nel promuovere il coordinamento delle reti cliniche, l'innovazione e la diffusione del sapere scientifico a livello nazionale e regionale.

IDENTITA'

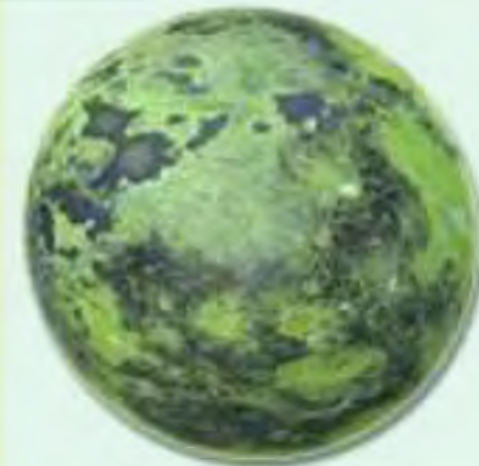
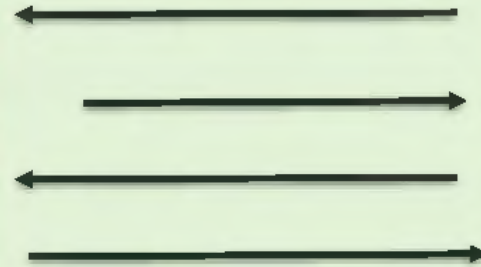
DIMENSIONI DELLO SVILUPPO



I. IDENTITA'

DUE ISTITUTI UN'UNICA VISIONE

I DUE ISTITUTI CONDIVIDONO:



Possibili traiettorie di sviluppo....

I. IDENTITA'

POSSIBILI TRAIETTORIE DI SVILUPPO

- Le eredità dei due Istituti simboleggiano competenze distintive, valori, tradizioni, prassi eccellenti che rappresentano le **fondamenta identitarie** su cui costruire il futuro, la mission e la vision dell'Istituto (anche «sacrificando» nella comunicazione la denominazione istituzionale «IFO»);
- ISG e IRE devono e vogliono rappresentare la **sede dell'alta tecnologia** (investimenti pubblici mirati) e devono diventare sempre più «luoghi» di **riferimento** per due motivi:
 - ✓ producono **linee guida, standard e indirizzi di riferimento** per il **contesto regionale nazionale ed internazionale**;
 - ✓ sono strutture dove il resto del settore/sistema viene per apprendere, formarsi, acquisire professionalità e competenze;
- ISG e IRE devono e vogliono consolidare la posizione di **centri di riferimento assistenziale** del Centro-Sud Italia nell'ambito della **dermatologia, oncologia e chirurgia oncologica**;
- ISG e IRE devono e vogliono consolidare l'attività di **ricerca traslazionale**, sviluppando relazioni di **alleanza strategica con l'Università e con l'Industria** sui temi della ricerca;

RICERCA

Noi vogliamo essere un player di peso nell'area dell'omica e della precision medicine che investe fortemente nelle strutture a supporto della ricerca.

II. RICERCA

LE NUOVE LINEE DI RICERCA PRESENTATE AL MINISTERO DELLA SALUTE NEL 2017

IRE

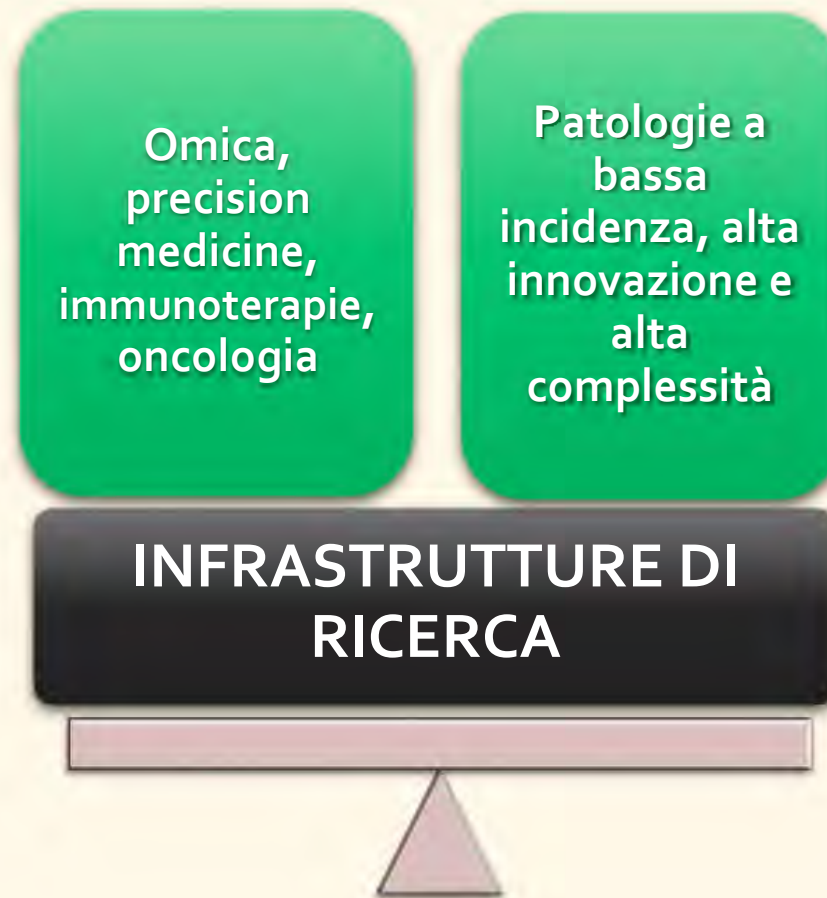
1. Prevenzione e Diagnosi Precoce del Cancro
2. Immunoterapia del Cancro
3. Medicina Personalizzata e di Precisione in Oncologia
4. Approcci e Tecnologie innovative nella diagnostica, e nelle terapie integrate dei tumori
5. Qualità della vita del paziente neoplastico

ISG

1. Studi preclinici
2. Meccanismi patogenetici ed identificazione di biomarcatori
3. Sperimentazione clinica
4. Impatto delle attività su ssn/ssr e attività di formazione

II. RICERCA

UN PLAYER DI PESO NELL'AREA DELL'OMICA E DELLA PRECISION MEDICINE:
PRINCIPALI FOCUS COMUNI



II. RICERCA

UN PLAYER DI PESO NELL'AREA DELL'OMICA E DELLA PRECISION MEDICINE POSSIBILI TRAIETTORIE

- Riorganizzazione e sviluppo degli **assets per la ricerca clinica e di infrastrutture a supporto**: investimento in un **Clinical Trial Center** per farmaci, dispositivi e tecnologie, in infermieri di ricerca, data management, sistemi informativi per la ricerca, in supporto all'industrializzazione;
- Stipulare un accordo e **relazioni di ricerca clinica e ricerca organizzativa** con il **mondo universitario**;
- Sviluppo delle **bio-banche**;
- ISG e IRE devono e vogliono assumere un ruolo importante all'interno della **ricerca nazionale e internazionale**: l'istituto deve diventare il punto di riferimento in Italia e deve confrontarsi in misura crescente con gli istituti stranieri, soprattutto su tutti i temi connessi all'**omica**, alla **precision medicine** e ad **immunoterapie**;
- Perfezionare la ricerca sul tema dell'**oncologia**, dato il rilievo che assume questa disciplina nella sua **anima medica e chirurgica**;
- Sviluppare linee di ricerca sui **sistemi di cooperazione e di coproduzione** con altri player;
- Aprire **spazi** per sostenere la ricerca privata.

POSIZIONAMENTO NELLA RETE DEL SSR

Noi vogliamo essere pivot di sistema a supporto della Regione, conquistando il ruolo di Azienda di Scopo Regionale focalizzata sulle patologie a bassa incidenza e alta complessità e leader delle Reti e dei PDTA a livello regionale.

III. POSIZIONAMENTO NELLA RETE DEL SSR

PIVOT DI SISTEMA – POSSIBILI TRAIETTORIE

- Puntare ad incrementare l'attività su **patologie rare e a bassa incidenza** riducendo parallelamente quella che può essere svolta bene anche da altre strutture della rete;
- Azienda pubblica della regione che ha il compito di supportarla nel **governo** delle reti oncologiche e dermatologiche;
- Rispetto dell'orientamento di fondo al **2° e 3° livello** di ISG e IRE
- Per le **patologie ad alta incidenza** ISG e IRE puntano alla **standardizzazione e coordinamento** dei percorsi;
- Rivedere i meccanismi di accesso in un'ottica di **presa in carico intra- e inter-aziendale** (es.: collegamento con piattaforma unica di accesso, progetto day service, infermiere della continuità, ospedalizzazione domiciliare)
- Ricerca di una crescente **integrazione** con altre aziende territoriali e ospedaliere romane e non per la continuità delle cure e il rispetto dei PDTA dell'Istituto;
- Puntare ad essere il primo centro italiano per la **protonterapia**;
- Sviluppare un **progetto di comunicazione istituzionale** incentrato sui principali percorsi attivati nell'Istituto e diventare **formatori dei professionisti territoriali** su alcune tematiche qualificanti (es. screening cutanei).
- Sperimentare **modalità innovative e win-win** per la gestione della **libera professione dei medici**;

SISTEMA PRODOTTO-SERVIZIO

*Noi vogliamo essere una "boutique" del SSR
(luogo di eccellenza nella relazione con gli utenti)
che prende in carico i pazienti con un servizio integrato.*

IV. SISTEMA PRODOTTO-SERVIZIO

ECCELLENZA DI CONTENUTO E NELLA PATIENT EXPERIENCE

PATIENT EXPERIENCE

FOCUS SU
PRODOTTI DI
ECCELLENZA E
RAFFORZAMENTO
DEI SISTEMI DI
ACCESSO E DI
CONTINUITA'

CULTURA DELLA
PRESA IN CARICO

RAFFORZAMENTO
DELL'ORGANIZZA
ZIONE

IV. SISTEMA PRODOTTO-SERVIZIO (1)

ECCELLENZA DI CONTENUTO E NELLA PATIENT EXPERIENCE

FOCUS SU PRODOTTI DI ECCELLENZA

- **Concentrazione su prodotti chirurgici di alta complessità e bassa incidenza:**

- Rene
- Ovaio
- Testa – Collo
- Sarcomi
- Polmone

- **Accesso all'innovazione per il paziente Oncologico**

- Farmaci, dispositivi e metodiche diagnostiche
- Sperimentazioni Cliniche

- **Standardizzazione su prodotti ad alta incidenza**

- Mammella
- Prostata
-

- **Standardizzazione di pratiche innovative**

- Chirurgia Mininvasiva
- Biopsia Liquida
-

IV. SISTEMA PRODOTTO-SERVIZIO (2)

ECCELLENZA DI CONTENUTO E NELLA PATIENT EXPERIENCE

CULTURA DELLA PRESA IN CARICO

Diffondere una cultura della **presa in carico** e di attenzione alla **patient experience**. Rivedere i processi e le piattaforme di accesso e dimissione in modo da fornire servizi di eccellenza ai pazienti per:

- Promuovere un'organizzazione che per unificati tutti i punti di accesso attraverso una **mappatura** ed una **reingegnerizzazione** dei processi più frequenti, un sistema informativo, il coinvolgimento delle associazioni e delle aziende territoriali. Sviluppare il **day service**;
- Perfezionare, sviluppare e attivare la figura del **case manager** e dell'**infermiere di continuità assistenziale** (*discharge manager*) che un paziente può contattare facilmente dopo le dimissioni;
- Perfezionare ed allargare l'esperienza sull'**ospedalizzazione domiciliare**;
- **Coinvolgere le associazioni** dei cittadini sui PDTA e Commodities;
- Focus su **Dolore e Cure Palliative**;
-

IV. SISTEMA PRODOTTO-SERVIZIO (3)

ECCELLENZA DI CONTENUTO E NELLA PATIENT EXPERIENCE

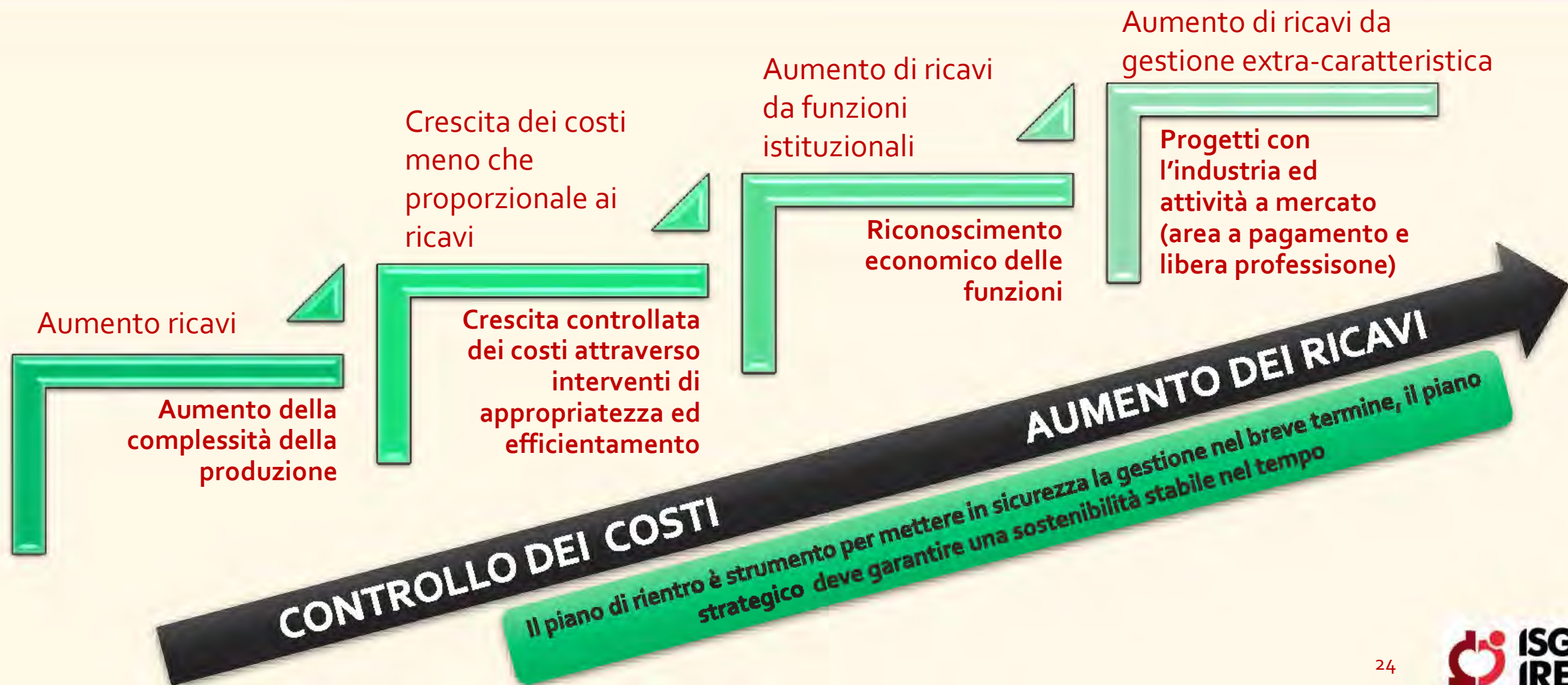
RAFFORZAMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE

- L'organizzazione dell'IFO muta e si trasforma per sostenere gli sviluppi strategici attesi, e per recuperare tutti gli spazi possibili di produttività e di efficace responsabilità di risultato e processo:
 - Sviluppo Staff di Direzione: Governo Clinico, Governo del Farmaco, Risk Management, Operations, Comunicazione, ...
 - Gestione per **Processi e Piattaforme Produttive**: Ambulatoriale, Degenze per intensità di cure, Servizi diagnostici (tra Istituti e con Ricerca), Blocco Operatorio.
 - **Riorganizzazione delle attività chirurgiche**: Reingegnerizzazione sala operatoria (*operations* e criteri di priorità), farmacia di sala operatoria, valorizzazione robotica, sviluppo percorsi C-A ed O, fast track, pre e post ricovero, ...
 - Relazione assistenza/ricerca: *Clinical Trial Center*, staff condivisi;
 - Aggregazione/integrazione dei laboratori per condividere *facilities* ed *expertise* soprattutto intorno a genomica e metabolomica;
 - Riorganizzazione e qualità dei processi amministrativi: DAI IFO autonomo dall'INMI Spallanzani, piani programmatici fattori produttivi (gare farmaci e piano investimenti e piano assunzioni);

COMPATIBILITA' ECONOMICHE

Noi vogliamo governare i costi per reinvestire risorse, aumentare i ricavi su prestazioni complesse, vedere riconosciute le funzioni pubbliche che svolgiamo e attivare altre fonti di finanziamento.

LA RICERCA DELLA SOSTENIBILITA' ECONOMICA



I PROGETTI PRIMA DEFINIZIONE NEL BUDGET 2018

Le dimensioni <i>Le traiettorie</i>	RICERCA	POSIZIONAMENTO NELLA RETE DEL SSR E DEL SSN	SISTEMA PRODOTTO/SERVIZIO
IFO INCUBATORE DI INNOVAZIONI ED IMPRENDITORIALITA'			
IFO PROMOTORE DI RELAZIONI INTERISTITUZIONALI			
IFO CENTRO DI RICERCA DI BASE E TRASLAZIONALE DI LIVELLO INTERNAZIONALE			
IFO HUB DI II E III LIVELLO			
IFO AGENZIA DI SCOPO PER LO SVILUPPO E LA GUIDA DELLE RETI CLINICHE IN REGIONE LAZIO E A LIVELLO NAZIONALE			
IFO LUOGO DI GARANZIA DI QUALITA' DEI SERVIZI			
IFO COME SEDE DI SISTEMI INFORMATIVI E GESTORE DEI DATI PER IL GOVERNO DELLE RETI ONCOLOGICHE E DERMATOLOGICHE			
SVILUPPO DEL CAPITALE UMANO ED EMPOWERMENT DEL PAZIENTE			

Preconsuntivo BUDGET 2017

Piano Rientro/Efficientamento 2017/2019 linee generali

Triennio 2017 - 2019

- Manovre sul personale
- Manovre sulla riorganizzazione dei processi
- Attività selettivamente in crescita

Budget 2017

- Manovre di costo a perimetro di attività costante
- Manovre su acquisto e consumo di beni e servizi

1. Obiettivi di Attività e di Uso delle Risorse

2. Focus /Obiettivi specifici

- Tempi di Attesa / Accessibilità
- Buon Uso del Farmaco
- Appropriatelyzza d'uso dei DM ad alto costo
- Ricerca

ATTIVITA' DI RICOVERO

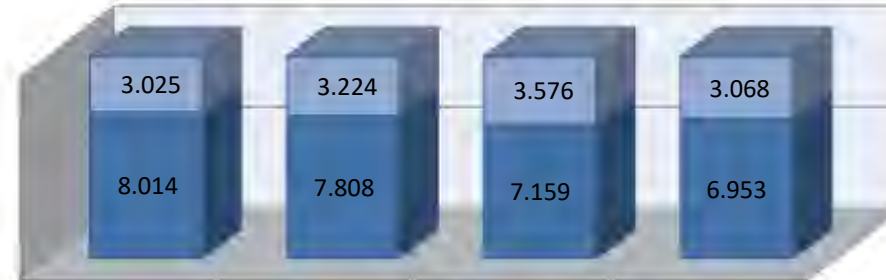
Obiettivi di mantenimento volumi/ricavi

- Degenza
- Degenza Medica
- Degenza Chirurgica
- Interventi Chirurgici

Preconsuntivo Budget 2017 - Degenza

Riduzione (7%) sul totale dei Ricoveri IFO

Dimessi IFO Totali(Trend 2014-2017)



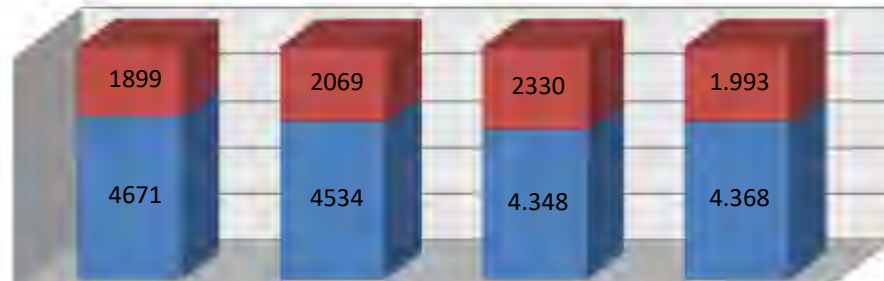
	2014	2015	2016	2017
DH/DS	3.025	3.224	3.576	3.068
DO	8.014	7.808	7.159	6.953

■ DO ■ DH/DS

Sostanziale tenuta ricoveri chirurgici

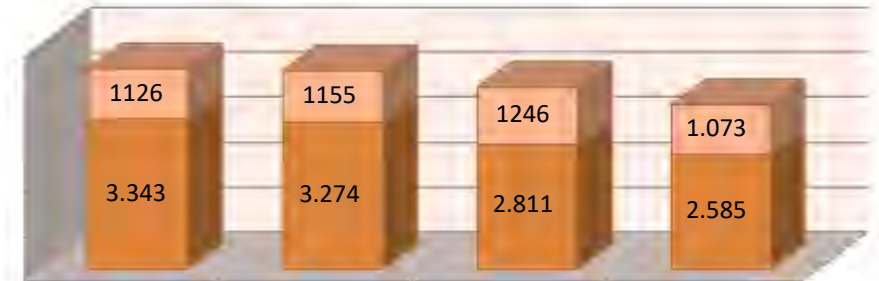
Riduzione inappropriatezza

Dimessi ricoveri chirurgici (Trend 2014-2017)



	2014	2015	2016	2017
DH/DS	1.899	2.069	2.330	1.993
DO	4.671	4.534	4.348	4.368

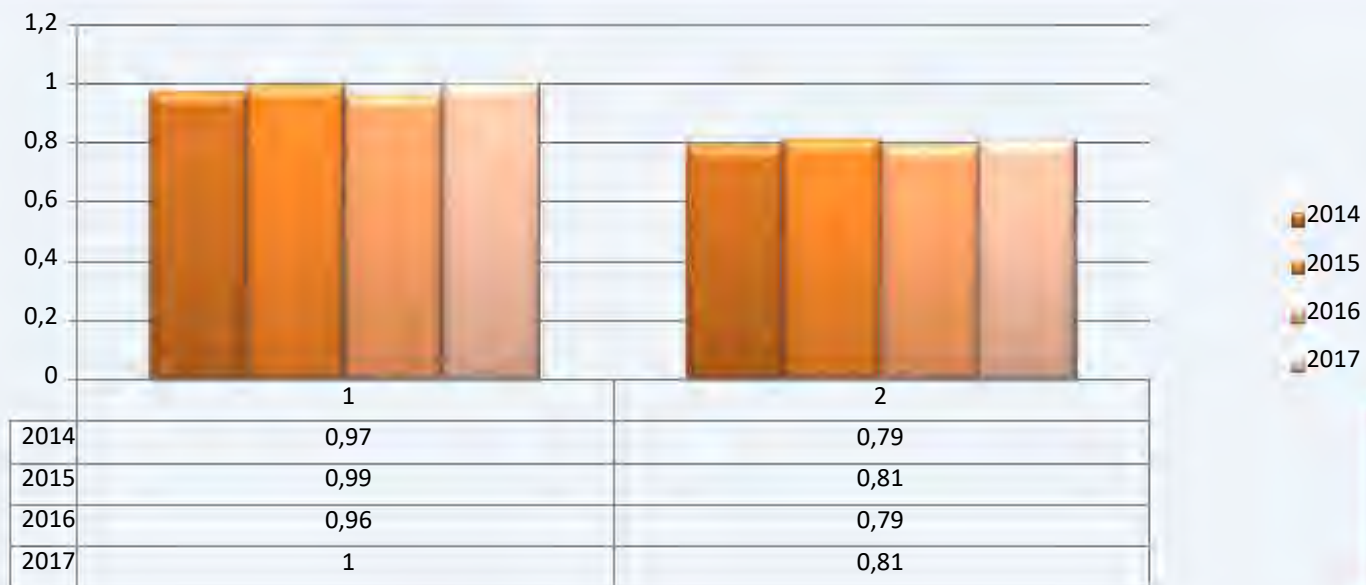
Dimessi ricoveri medici (Trend 2014-2017)



	2014	2015	2016	2017
DH/DS	1.126	1.155	1.246	1.073
DO	3.343	3.274	2.811	2.585

Preconsuntivo Budget 2017 – Degenza Medica

Peso Medio Ricoveri Medici



Peso medio DRG Medici lieve incremento

Ricoveri ordinari a rischio inappropriatezza

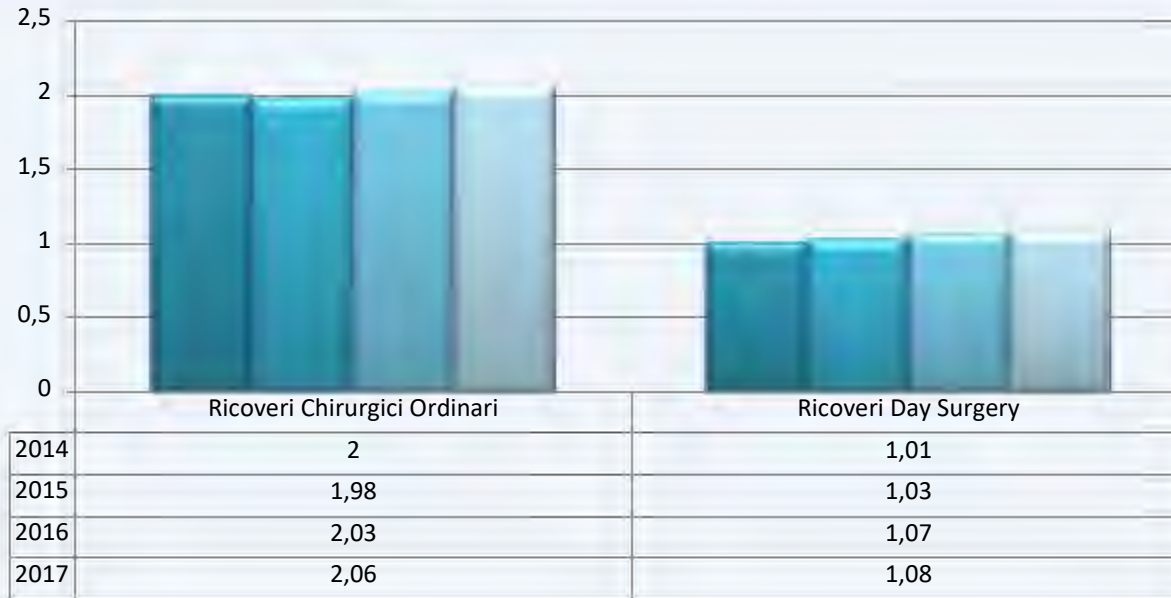


Riduzione inappropriatezza – 20%

Fonte dati SIO – SDO – Per il 2017 i dati sono proiettati (proiezione lineare sul dato di settembre)

Preconsuntivo Budget 2017 – Degenza Chirurgica

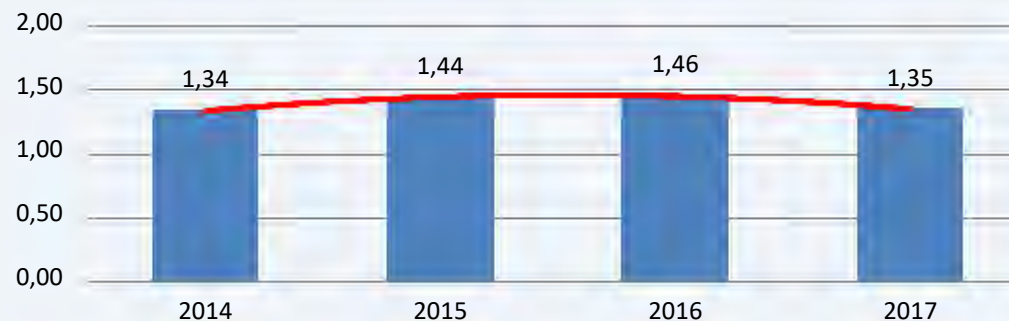
Peso Medio Ricoveri Chirurgici



- 2014
- 2015
- 2016
- 2017

Peso medio DRG
Chirurgici in
aumento

Degenza media pre-operatoria DO chirurgici (Trend 2014-2016)

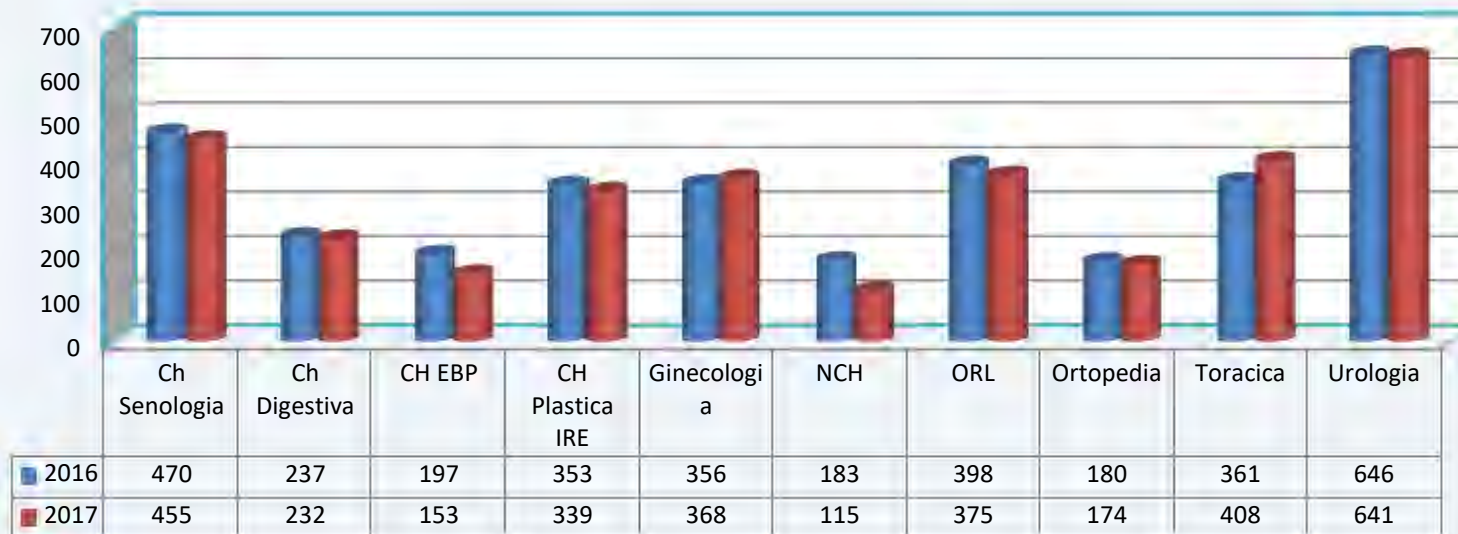


Degenza media
preoperatoria in
riduzione

Fonte dati SIO – SDO – Per il 2017 i dati sono proiettati (proiezione lineare sul dato di settembre)

Preconsuntivo Budget 2017 – Interventi Chirurgici IRE

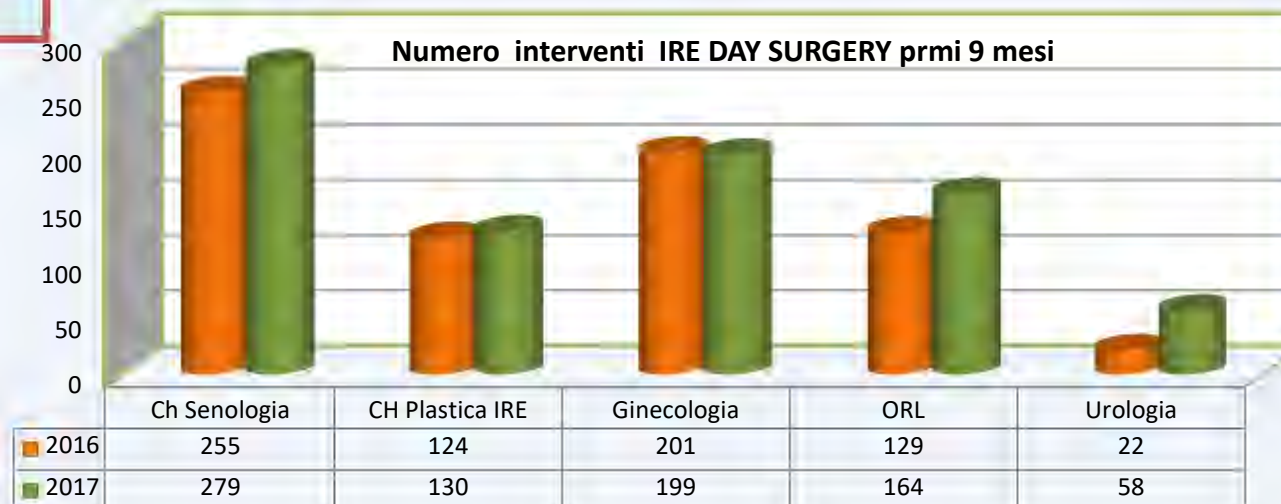
Numero Interventi IRE ORDINARI primi 9 mesi



Robotica Interventi Totali

UOC	Interventi 2016	Interventi 2017
Urologia	207	235
Ginecologia	31	22
ORL	13	8
Toracica	63	108
EBP	0	1
	314	374

Incrementi selettivi



Incremento di interventi Robotica

ATTIVITA'
Ambulatoriale

- Volumi
- Pazienti
- Progetti/Focus
- Progetti di aumento dei volumi

Preconsuntivo Budget 2017 – Attivita' Ambulatoriale

Volumi Attività Specialistica Ambulatoriale -
Visite* / Diagnostica
(Trend 2014-2017)



Valore medio Attività Specialistica Ambulatoriale -
Visite* / Diagnostica
- (Trend 2014-2017) Euro



Valorizzazione Attività Specialistica Ambulatoriale -
Visite* / Diagnostica
- (Trend 2014-2017) - € milioni



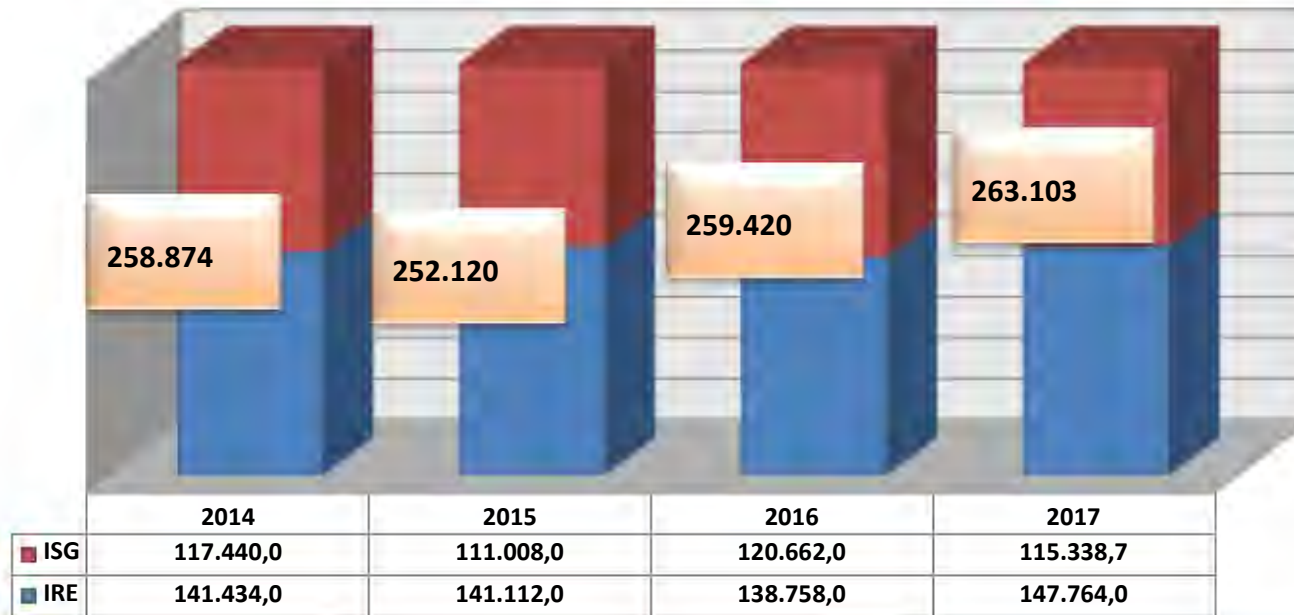
Calcolato:
Totale Valorizzazione/Numero totale prestazioni

- Numero Visite*/Diagnostica in linea
- Valorizzazione totale in aumento
- Valore medio in aumento

* Prime Visite / Controlli / Visite in Trattamento

Preconsuntivo Budget 2017 – Attivita' Ambulatoriale - Pazienti

Numero Pazienti Ambulatoriali
Trend (2014-2017)



Non solo aumento dei volumi ma numero pazienti in crescita dal 2016

1) Accessibilità / Presa in carico del paziente:

- Agende
- Cartella Ambulatoriale Informatizzata
- Promozione Ricetta Elettronica
- Sportello Oncologico per la presa in carico

2) Progetti di aumento dei volumi ambulatoriali di

- Radioterapia
- Medicina Nucleare

Progetti di incremento produzione

RADIOTERAPIA

	2016 9 mesi	2017 9 mesi	Variazione %
Numero prestazioni	117.658	122.921	4%
Valorizzazione	€ 6.377.332,24	€ 6.823.666,09	7%

MEDICINA NUCLEARE

	2016 9 mesi	2017 9 mesi	Variazione %
Numero prestazioni	8.813	9.888	12%
Numero PET	3.050	3.556	17%
Valorizzazione	€ 3.451.066,02	€ 4.000.392,53	16%

Accessibilità /Presa in carico



- ✓ Trasparenza: Agende visibili e / o prenotabili al Recup
- ✓ Suddivisione Agende: agende suddivise in primi accessi e controlli
- ✓ Prime visite: le agende dei primi accessi gestite per priorità
- ✓ Controlli : le agende dei controlli gestite internamente
- ✓ Integrazione Sistemi Informatici –Cartella Ambulatoriale
- ✓ Progetto pilota: Sportello Oncologia 1-2
- ✓ Progetto di incremento di produzione

Preconsuntivo Budget 2017 – Focus Attivita' Ambulatoriale - Agende

prime visite con priorità visibili e prenotabili al Recup

prime visite non visibili ne prenotabili RECUP

diagnostica con agende visibili al RECUP ma riservate IFO

Oncologia 1
Oncologia 2
Ematologia
Endocrinologia
Gastroenterologia
Neurologia
Fisiopatologia Respiratoria
Chirurgia Digestiva
Chirurgia Senologica
Chirurgia Toracica
Chirurgia EBP
Ginecologia
Neurochirurgia
Ortopedia
Urologia
ORL
Dermatologia
Dermatologia Oncologica



Cardiologia
Medicina Nucleare
Radioterapia

Radiologia tradizionale
Ecografia
RM
TC
Gastroenterologia Esami



Preconsuntivo Budget 2017 – Focus Attivita' Ambulatoriale – Cartella Amb.

- Realizzazione di un sistema unico ed integrato di interfaccia dei sistemi sanitari aziendali a partire dalla cartella clinica ambulatoriale:



OBJ: Realizzare un progetto pilota: Sportello oncologico

Azioni:

- 1) Il Software Oncosys, è stato importato all'interno della cartella clinica ambulatoriale.
- 2) Modificata e personalizzata l'interfaccia tra la cartella clinica ambulatoriale ed i vari sistemi informatici sanitari attraverso una nuova piattaforma orizzontale.

Risultato:

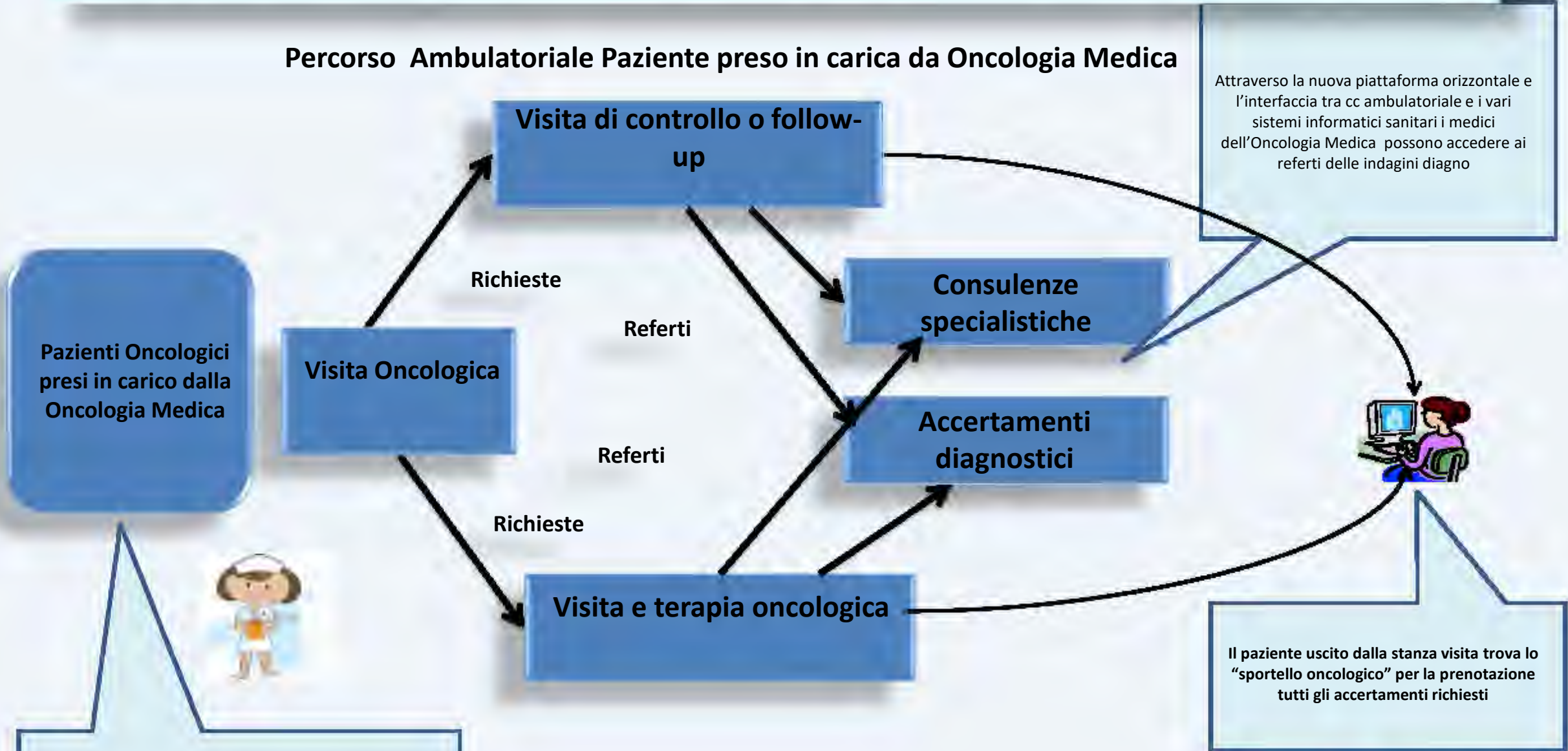
I sistemi informatici sanitari Aziendali possono colloquiare tra loro e trasmettere ad un unico ambiente "cartella clinica ambulatoriale" tutte le info richieste dai professionisti



Miglioramento della qualità e sicurezza dell'assistenza

Preconsuntivo Budget 2017 – Focus Attivita' Ambulatoriale – Sportello Oncologico

Percorso Ambulatoriale Paziente preso in carica da Oncologia Medica



Attraverso la nuova piattaforma orizzontale e l'interfaccia tra cc ambulatoriale e i vari sistemi informatici sanitari i medici dell'Oncologia Medica possono accedere ai referti delle indagini diagnostico

Il paziente uscito dalla stanza visita trova lo "sportello oncologico" per la prenotazione tutti gli accertamenti richiesti

Pazienti con piano terapeutico definito dal DMT e presi in carico dal Case Manager

Nel Budget 2017 sono stati assegnati obiettivi di Ricerca

- **Impact Factor**
- **Numero Studi Clinici**

La rendicontazione per il 2017 di questi due indicatori è in fase di elaborazione da parte delle Direzioni Scientifiche

Andamento dei Costi 2017

rispetto al Programmatico del Piano di Efficientamento
(Primo anno)

Costo del Personale		(-1%)	N. Cessati (47) N. Assunzioni (17) Turn over (36%)
Spesa Farmaceutica:		(+4%)	
- File F			
- Ospedaliera			
Beni Sanitari			
Servizi			

Disavanzo



(-8%)

Budget 2018

Avvio
Budget 2018

Budget 2018

Sistema di Performance IFO

Ciclo delle performance: Budget 2018 *il timing 2018*



Budget 2018

Il Budget 2018 avrà sempre come **obiettivi 'base'**

- **Obiettivi di attività:**

- ✓ Volumi / valore economico attività di ricovero / ambulatoriale

- **Obiettivi di buon uso di risorse:**

- ✓ Buon uso del farmaco : Farmaci (totali)

- ✓ File F (per le strutture organizzative interessate al maggior consumo – Oncologie / Ematologia /Dermatologia / Urologia)

- ✓ Buon uso dei presidi sanitari: Presidi totali (comprensivi di presidi Robotica, Protesi DM ad alto costo)

Inoltre nel 2018 partiranno alcuni progetti derivanti dal Piano Strategico che necessariamente 'indirizzeranno' **obiettivi specifici** di programmazione operativa

Progetti che prenderanno avvio o saranno implementati nel 2018

Innovazione:

- ✓ Sviluppo delle tecnologie innovative: Radiochirurgia: Cyberknife per trattamenti cerebrali e corporei (Polmone/ Fegato / Prostata) – Definizione dei percorsi di cura
- ✓ Potenziamento Attività Chirurgica con Robot Da Vinci

Reti:

- ✓ Sviluppo /Aggiornamento percorsi di cura :
 - Rete Oncologica
 - ❖ Attivazione in collaborazione con le ASL dei PDTA Regionali (Vescica, Polmone, Mammella)
 - ❖ Sviluppare e proporre a livello Regionale PDTA per patologie oncologiche: Rene, Vescica,Ovaio
 - Rete Dermatologica
 - ❖ Sviluppare percorsi di cura per Patologie Dermatologiche, Dermato-oncologiche e Immuno-infettivologiche
- ✓ Continuità Ospedale – Territorio: Assistenza Domiciliare - Hospice

Progetti che prenderanno avvio o saranno implementati nel 2018

Prodotto/Servizio

Oncologia:

- Orientare le attività chirurgiche dell'area oncologica a favore dell'alta complessità, bassa incidenza, second opinion.
- Potenziamento selettivo di attività ambulatoriale di alta complessità:
 - ❖ Radioterapia
 - ❖ Medicina Nucleare
 - ❖ Radiologia Interventistica

Dermatologia:

- Regolamentare e ridurre "Accesso Diretto"
- Affermare offerta di II e III livello

Malattie Rare

- Consolidare organizzazione per i centri IFO
- Strutturare Sportello di Accesso

Progetti che prenderanno avvio o saranno implementati nel 2018

Presa in carico:

- ✓ **Progetto Accessibilità e Accoglienza, presa in carico paziente oncologico e chirurgico:**
Estendere a tutto IFO progetto pilota
- ✓ **Revisione DMT**
- ✓ **consolidamento funzioni Responsabile, Case Manager, Team**

Organizzazione:

- ✓ **Processi e Piattaforme Produttive:** Ambulatoriale, Degenze per intensità di cure, Servizi diagnostici (tra Istituti e con Ricerca) , Blocco Operatorio.
- ✓ **Riorganizzazione delle attività chirurgiche:**
- ✓ **Riorganizzazione e qualità dei processi amministrativi**

Progetti che prenderanno avvio o saranno implementati nel 2018

Qualità / Sicurezza / Appropriately:

- ✓ **Mantenimento, censimento, monitoraggio “Buone Pratiche”**
- ✓ **Promozione buone pratiche nell’assistenza: nutrizione, continuità e riconciliazione terapeutica**
- ✓ **Empowerment dei cittadini e dei pazienti sulle tematiche del rischio**
- ✓ **Integrare i Sistemi di Qualità Aziendali**
- ✓ **Piano Aziendale Qualità e Sicurezza**
- ✓ **Mantenimento Certificazioni acquisite**
- ✓ **Acquisizione nuove Certificazioni:**
 - ❖ **ISO-2015**
 - ❖ **Certificazione Banche**
- ✓ **Promozione buone pratiche nella ricerca**

Progetti che prenderanno avvio o saranno implementati nel 2018

Ricerca:

- ✓ Sviluppo delle infrastrutture di ricerca: Clinical Trial Center; Fase 1
- ✓ Incubare ricerca privata (Partnership Industria, Logistica x spinn-off) ...)
- ✓ Biobanche
- ✓ Registro Tumori
- ✓

Alleanze Istituzionali:

- ✓ Nuove relazioni con le Università per la Ricerca, Finanziamento assegni dottorati, Professori di ricerca, 'clanicizzazioni'
- ✓ Collaborazione con Università' La Sapienza per la realizzazione della Rete della Formazione, Corsi di Laurea, Specializzazioni
- ✓ Accordo con Università' la Cattolica e la Regione per realizzare Centro Protonterapia

Politiche del Personale

Co.co.co.



Proroghe per co.co.co ricerca e assistenza

Stabilizzazione co.co.co con requisiti

Nuove assunzioni



Per sviluppo e innovazione (da Piano Strategico)

Turn over



Da concordare con la Regione

L'avvio delle piattaforme consentirà l'ottimizzazione dell'impiego del personale e libererà risorse da ricollocare

Valorizzazione del Personale di ruolo

Percorsi formativi mirati

Progetti di innovazione e sviluppo da incentivare

Budget 2018

Sistema di Performance IFO

Ciclo delle performance: Budget 2018 *il timing 2018*

**Per i primi tre mesi 2018
lavorando alla negoziazione per
arrivare a marzo con la Delibera
del Budget**



Tenuto conto che la programmazione operativa Budget ha bisogno di un tempo per la negoziazione, dal primo gennaio devono essere perseguiti obiettivi di attività e costi.

Sono state elaborate schede di struttura organizzativa / Dipartimento, che saranno consegnate alla fine dell'incontro e che comprendono:

- **Obiettivi di attività**
- **Obiettivi di buon uso di risorse**

Gli obiettivi sono calcolati sull'andamento 2017 in dodicesimi per i primi tre mesi del 2018.

OBIETTIVI BUDGET 2018

AREA GOVERNO CLINICO

Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure

RICOVERI:

	2017 *	2018	Incremento
totale ricoveri IFO Ordinari	6.819	6.971	152
totale ricoveri IFO DS / DH	3.232	3.809	577
totale ricoveri IFO	10.051	10.780	729

* dai totali sono esclusi i dimessi dalla Rianimazione e i ricoveri ordinari 2017 dermatologici

Previsto incrementi nei volumi di ricoveri ordinari e ds dell' Area Chirurgica

L'incremento totale è di circa 700 ricoveri chirurgici di cui circa 150 ordinari e 550 ds.

Gli ordinari prevedono un incremento della chirurgia Robotica di circa 140 ricoveri per arrivare ad un totale di circa 500 interventi con robot annui.

OBIETTIVI BUDGET 2018

INCREMENTO DEGENZE CHIRURGICHE

ORDINARI - AREA CHIRURGICA			
Reparto di dimissione	Totale Dimessi 2017	ricoveri ordinari 2018	INCREMENTO
0901 - CHIRURGIA SENOLOGICA E TESSUTI MOLLI	543	550	
0902 - CHIRURGIA DIGESTIVA	283	290	
0904 - CHIRURGIA EPATOBILIOPANCREATICA	196	210	
1201 - CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA (REGINA ELENA)	421	420	
1301 - CHIRURGIA TORACICA	528	570	
3001 - NEUROCHIRURGIA	151	170	
3601 - ORTOPEDIA	187	200	
3701 - GINECOLOGIA	478	510	
3801 - OTORINOLARINGOIATRIA E CHIRURGIA CERVICO-FACCIALE	469	470	
4301 - UROLOGIA	929	950	
1202 - CHIRURGIA PLASTICA AD INDIRIZZO DERMATOLOGICO E RIGENERATIVO (SAN GALLICANO)	231	230	
TOTALE ORDINARI AREA CHIRURGICA	4.416	4570	+ 154

+ 154

OBIETTIVI BUDGET 2018

INCREMENTO DAY SURGERY

DS/DH			
Reparto di dimissione	Totale Dimessi 2017	Totale target ricoveri DS 2018	INCREMENTO
0901 - CHIRURGIA SENOLOGICA E TESSUTI MOLLI	377	380	380
0903 - CHIRURGIA TORACICA DAY SURGERY	155	160	160
1201 - CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA (REGINA ELENA)	161	410	410
3701 - GINECOLOGIA	277	280	280
3801 - OTORINOLARINGOIATRIA E CHIRURGIA CERVICO-FACCIALE	230	230	230
4301 - UROLOGIA	69	70	70
1202 - CHIRURGIA PLASTICA AD INDIRIZZO DERMATOLOGICO E RIGENERA	1.061	1360	1.360
TOTALE DS AREA CHIRURGICA	2.330	2890	+ 560
TOTALE RICOVERI CHIRURGICI	6746	7460	+ 714

OBIETTIVI BUDGET 2018

INCREMENTO CHIRURGIA ROBOTICA

Interventi Robot			
Reparto	Interventi effettuati 2017	Interventi previsti 2018	Incremento
0904 - CHIRURGIA EPATOBILIOPANCREATICA	1	10	9
1301 - CHIRURGIA TORACICA	103	140	37
3701 - GINECOLOGIA	24	60	36
3701 - GINECOLOGIA	10	15	5
4301 - UROLOGIA	224	280	56
TOTALE INTERVENTI ROBOT	362	505	+ 143

OBIETTIVI BUDGET 2018

Per le degenze mediche è previsto un **mantenimento dei volumi rispetto al 2017**

Ordinari Area Medica	Totale Dimessi 2017	ricoveri ordinari 2018
6401 - Oncologia 1	756	760
6402 - Oncologia 2	1.047	1.050
1801 - Ematologia	219	210
Totale Ordinari Area Medica	2.022	2.020
Medicina Nucleare	381	381
DH Area Medica	Totale Dimessi 2017	ricoveri ordinari 2018
6401 - Oncologia 1	100	100
6402 - Oncologia 2	74	80
1801 - Ematologia	96	100
5801 - Gastroenterologia	53	55
9901 - Terapia del Dolore	440	440
5201 - Dermatologia Clinica	65	70
5202 - Dermatologia Infiammatoria	74	74
TOTALE DH Area Medica	902	919

OBIETTIVI BUDGET 2018

- prevista una **riduzione del 30%** sui ricoveri ad alto **rischio di inappropriatezza**
- prevista una **riduzione del 50%** sui ricoveri scartati o valorizzati a 0
- previsto il **mantenimento delle degenze pre-operatorie** e delle **degenze medie**

OBIETTIVI BUDGET 2018

Specialistica Ambulatoriale

Per i volumi della specialistica ambulatoriale è previsto un mantenimento per l'Istituto Regina Elena

Per il San Gallicano una graduale diminuzione delle visite ad accesso diretto

SPECIALISTICA AMBULATORIALE TOTALI IFO	Prime visite	81.000
	Controlli	107.000
	Prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)	390.000
	Indagini di Laboratorio	657.000
	TOTALE	1.235.000

OBIETTIVI BUDGET 2018

DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO	Prime visite	25.900
	Controlli	68.000
	Prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)	123.000
	Indagini di Laboratorio	12.000

DIPARTIMENTO DI RICERCA, DIAGNOSTICA AVANZATA E INNOVAZIONE TECNOLOGICA	Prime visite	7.000
	Controlli	13.000
	Prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)	199.000
	Indagini di Laboratorio	545.000
	PET	4.700

DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA	Prime visite	48.000
	Controlli	25.700
	Prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)	69.000
	Indagini di Laboratorio	100.500

**Volumi attività
specialistica
ambulatoriale
per esterni per
dipartimento**

OBIETTIVI BUDGET 2018

AREA GOVERNO ECONOMICO

Obiettivo strategico:

"Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi"

Sono assegnati alle strutture obiettivi sui seguenti 'consumi'

Farmaci Totali
Materiali sanitari
Protesi

OBIETTIVI BUDGET 2018

Per le strutture per le quali è prevista un incremento di attività (chirurgiche) sono stati stimati proporzionali incrementi di consumi sia nel costo dei materiali sanitari che delle protesi.

Il File F quest'anno viene monitorato essendo la spesa compresa già nell'indicatore del costo Farmaci Totali.

Gli importi totali IFO dai quali si è partiti per la distribuzione dei budget alle strutture sono:

- farmaci 48.003.100 €
- dispositivi medici 10.793.000 €
- reagenti 3.400.000 €

OBIETTIVI BUDGET 2018

AREA GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE

In questa area sono declinati 5 obiettivi strategici

- ❖ **Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale**
- ❖ **Contributo alla riorganizzazione aziendale**
- ❖ **Anticorruzione e trasparenza**
- ❖ **Qualità - Certificazione - Rischio Clinico**
- ❖ **Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati**

OBIETTIVI BUDGET 2018

Per ciascuno obiettivo strategico sono stati individuati obiettivi specifici assegnati alle varie strutture

In particolare:

❖ **Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale**

- ✓ Appropriata della richiesta esami di laboratorio
- ✓ Miglioramento dei livelli di efficienza: degenza media preoperatoria, degenza media
- ✓ Rispetto tempistiche debiti informativi
- ✓ Efficientamento processi di refertazione e consegna referti per interni/esterni

OBIETTIVI BUDGET 2018

❖ **Contributo alla riorganizzazione aziendale**

- ✓ Consolidamento DMT : **Percentuale di partecipazione ai DMT**
- ✓ Rispetto tempistiche **debiti informativi: invio delle SDO in tempi utili per la rendicontazione mensile in Regione**
- ✓ Sviluppo PDTA dell'Istituto: **Revisione di PDTA esistenti: MAMMELLA / POLMONE**

Sviluppo nuovi PDTA: TESTA-COLLO / VIE URINARIE

- ✓ Monitoraggio 'spazi operatori' : **Invio il giovedì precedente della programmazione settimanale al BO**
- ✓ Predisposizione delle relazioni di verifica budget

OBIETTIVI BUDGET 2018

❖ **Anticorruzione e trasparenza**

- ✓ Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità

❖ **Qualità - Certificazione - Rischio Clinico**

- ✓ Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione
- ✓ Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico

❖ **Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati**

- ✓ Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Censimento dei trattamenti

OBIETTIVI BUDGET 2018

AREA RICERCA

OBIETTIVO STRATEGICO: Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale

OBIETTIVO SPECIFICO: Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS

3 Indicatori:

n. studi clinici
valore di impact factor
percentuale utilizzo piattaforma SMART

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: **DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO**
 CdR: **UOC Chirurgia Senologica e tessuti molli**
 Direttore/Resp: **Claudio Botti**

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %	
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività di ricovero ordinario e di giorno (Incrementi selettivi in Incremento / Mantenimento del case-mix dell'attività di ricovero)	30%		Numero Ricoveri Ordinari		numero	543	550	531			Mantenimento
					Numero Ricoveri DH/DS		numero	377	380	367			
		Incremento/mantenimento volumi ambulatoriali	30%		Peso medio DRG Ricoveri Ordinari		numero	1,12	1,12	1,08			
					Peso medio DRG Ricoveri DH/DS		numero	0,83	0,83	0,80			
		Mantenimento del case-mix dell'attività specialistica	30%		Numero Prime visite		numero	1.369	1.400	1.351			
					Numero visite di controllo		numero	82	80	77			
		Riduzione dell'inappropriatezza nella degenza	30%		Numero totale prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)		numero	658	660	637			
					Valore Medio prestazioni esterni		numero	30					
		Potenziamento/Riorganizzazione Chirurgia Ambulatoriale	30%		Numero Dimessi ordinari con DRG a rischio inappropriatezza		numero	16	11	12			
					Numero Dimessi con DRG 467		numero	18					
			N. SDO scartate+valorizzate 0 (DH DS)		numero	2,00	0						
			Chirurgia Ambulatoriale - N° APA previsti da nomenclatore regionale		numero	71	70	68					
								0%					
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi	30%		Costo dei Farmaci Totali		numero	36.816	45.000	46.575			Indicatore di monitoraggio
					Costo dei materiali sanitari (escl. Protesi)		numero	323.819	150.000	155.250			
					Costo Protesi		numero	136.388	150.000	155.250			
								0%					
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale	Prestazioni interne	30%		Numero prestazioni interne richieste		numero	30.364					Indicatore di monitoraggio
		Appropriatezza della richiesta esami di laboratorio			Definire in collaborazione con UOSD Patologia Clinica e UOSD Patologia Clinica e Microbiologia due profili: 1) Pre-operatorio 2) Post-operatorio entro settembre 2018		s/n			S			
		Miglioramento dei livelli di efficienza: degenza media preoperatoria, degenza media			Indice di operatività chirurgica		%	97,97%					
					Indice di operatività chirurgica DH DS		%	95,49%					
		Rispetto tempistiche debiti informativi			Degenza media preoperatoria		GG	0,46	0,46	0,48			
					Degenza media		GG	2,85	2,85	2,95			
	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Sviluppo PDTA dell'Istituto	30%		Revisione PDTA MAMMELLA in collaborazione con Responsabile del Percorso		s/n			S			Indicatore di monitoraggio
		Consolidamento DMT			Garantire la presenza dei medici ai DMT di competenza (percentuale di partecipazione rilevata su report DMT)		%		80	70			
		Monitoraggio 'spazi operatori'			Percentuale di piani operatori inviati a BO nei tempi definiti		%						
	Anticorruzione e trasparenza	Predisposizione delle relazioni di verifica budget	30%		GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.)		GG		0	30			Indicatore di monitoraggio
		Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità			Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano		s/n			S			
	Qualità - Certificazione - Rischio Clinico	Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018	30%		Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione		s/n			S			Indicatore di monitoraggio
		Adozione del Piano Rischio Clinico			Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico		s/n			S			
Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	Rispetto Normativa Europea Cyber Security	30%		Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Consenso dei trattamenti		s/n			S				
								0%					
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS	30%		n. studi clinici		numero	n.r.	n.r.				Indicatore di monitoraggio
					valore di impact factor			15,69	16,628	16,046			
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		%		50	40			
								0%					

Eventuali annotazioni:

Data:/...../2018

TOTALE Performance (%)

Claudio Botti
 Il Direttore del CdR

Francesco...
 Direttore di Dipartimento

...
 La Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: **DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO**
 CdR: **UOC Chirurgia dell'Apparato Digerente**
 Direttore/Resp: **Alfredo Garofalo**

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. Ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %			
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività di ricovero ordinario e di diurno (Incrementi selettivi in Chirurgia)	30%		Numero Ricoveri Ordinari		numero	283	290	280			Mantenimento		
		Incremento / Mantenimento del case-mix dell'attività di ricovero			Peso medio DRG Ricoveri Ordinari		numero	2,27	2,27	2,19					
		Incremento/mantenimento volumi ambulatoriali			Numero Prime visite		numero	393	400	386					
		Mantenimento del case-mix dell'attività specialistica			Numero visite di controllo		numero	272	270	261					
		Riduzione dell'inappropriatezza nella degenza			Numero totale prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)		numero	62	60	58					
					Valore Medio prestazioni esterni		numero	17						Indicatore di monitoraggio	
					Numero Dimessi ordinari con DRG a rischio inappropriatezza		numero	12	8	9				Numero di ricoveri ordinari con DRG incluso nella lista inappropriati secondo normativa vigente	
					Numero Dimessi con DRG 467		numero	0						Indicatore di monitoraggio	
								0%							
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi	20%		Costo dei Farmaci Totali		numero	213.866	230.000	238.050					
					Costo dei materiali sanitari (escl. Protesi)		numero	462.644	400.000	414.000					
					Costo Protesi		numero	8.208	8.300	8.591					
								0%							
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale	Prestazioni interne	30%		Numero prestazioni interne richieste		numero	26.838					Indicatore di monitoraggio		
		Appropriatezza della richiesta esami di laboratorio			Definire in collaborazione con UOSD Patologia Clinica e UOSD Patologia Clinica e Microbiologia due profili: 1) Pre-operatorio 2) Post-operatorio entro settembre 2018		s/n		S						
		Miglioramento dei livelli di efficienza: degenza media preoperatoria, degenza media			Indice di operatività chirurgica		%	89%						Indicatore di monitoraggio	
		Rispetto tempistiche debiti informativi			Degenza media preoperatoria		GG	1,83	1,83	1,89					
					Degenza media		GG	12,66	12,66	13,10					
	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Consolidamento DMT			Garantire la presenza dei medici ai DMT di competenza (percentuale di partecipazione rilevata su report DMT)		%		80	70					
		Monitoraggio 'spazi operatori'			Percentuale di piani operatori inviati a BO nei tempi definiti		%								Indicatore di monitoraggio
		Predisposizione delle relazioni di verifica budget			GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.)		GG		0	30					
	Anticorruzione e trasparenza	Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità			Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano		s/n		S						
	Qualità - Certificazione - Rischio Clinico	Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018			Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione		s/n		S						
Adozione del Piano Rischio Clinico		Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico		s/n		S									
Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	Rispetto Normativa Europea Cyber Security	Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Censimento dei trattamenti		s/n		S									
								0%							
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS	20%		n. studi clinici		numero	n.r.	n.r.						
					valore di impact factor			7,71	8,173	7,89					
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		%		50	40					
								0%							

Eventuali annotazioni:

Data:/...../2018

TOTALE Performance (%) #RIF!

Alfredo Garofalo
 Il Direttore del CdR

[Signature]
 Il Direttore di Dipartimento

[Signature]
 La Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: **DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO**
 CdR: **UOC Urologia**
 Direttore/Resp: **Michele Gallucci**

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %			
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività di ricovero ordinario e di giorno (Incrementi selettivi in Chirurgia)	30%		Numero Ricoveri Ordinari		numero	929	950	917			incremento in robotica		
					Numero Ricoveri DH/DS		numero	69	70	68			mantenimento		
					Numero Interventi con Robot		numero	224	280	270			incremento + 56 interventi in robotica		
		Incremento / Mantenimento del case-mix dell'attività di ricovero			Peso medio DRG Ricoveri Ordinari		numero	1,71	1,71	1,65					
					Peso medio DRG Ricoveri DH/DS		numero	0,57	0,57	0,55					
					Numero Prime visite		numero	1.160	1.160	1.119				Mantenimento	
		Incremento/mantenimento volumi ambulatoriali			Numero visite di controllo		numero	2.587	2.600	2.509					
					Numero totale prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)		numero	768	770	743					
		Mantenimento del case-mix dell'attività specialistica			Valore Medio prestazioni esterni		numero	21							Indicatore di monitoraggio
					Numero Dimessi ordinari con DRG a rischio inapproprietezza		numero	61	43	44				Numero di ricoveri ordinari con DRG incluso nella lista inappropriati secondo normativa vigente	
Riduzione dell'inappropriatezza nella degenza			Numero Dimessi con DRG 467		numero	43							Indicatore di monitoraggio		
			N. SDO scartate+valorizzate 0 (DH DS)		numero	9,00	5,00	5				Numero di ricoveri scartati in fase di accettazione o			
								0%							
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi			Costo dei Farmaci Totali		numero	674.239	650.000	672.750			Indicatore di monitoraggio		
					Farmaci File F		numero	421.749							
					Costo dei materiali sanitari (escl. Protesi)		numero	1.888.094	2.115.000	2.189.025					
					Costo Protesi		numero	10.530	10.000	10.350					
								0%							
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale	Prestazioni interne			Numero prestazioni interne richieste		numero	52.966					Indicatore di monitoraggio		
					Definire in collaborazione con UOSD Patologia Clinica e UOSD Patologia Clinica e Microbiologia due profili: 1) Pre-operatorio 2) Post-operatorio entro settembre 2018		s/n			S					
					Indice di operatività chirurgica		%	88,70%						Indicatore di monitoraggio	
					Indice di operatività chirurgica DH DS		%	7,25%						Indicatore di monitoraggio	
					Degenza media preoperatoria		GG	1,07	1,07	1,11					
					Degenza media		GG	5,62	5,62	5,82					
	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Sviluppo PDTA dell'Istituto				Sviluppo PDTA vie urinarie		s/n			S				
						Garantire la presenza dei medici ai DMT di competenza (percentuale di partecipazione rilevata su report DMT)		%			80	70			
						Monitoraggio 'spazi operatori'		%							Indicatore di monitoraggio
						Predisposizione delle relazioni di verifica budget		GG			0	30			
						Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità		s/n			S				
						Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018		s/n			S				
Qualità - Certificazione - Rischio Clinico	Adozione del Piano Rischio Clinico				Realizzare azioni specifiche previste dai percorsi di certificazione		s/n			S					
					Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico		s/n			S					
Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	Rispetto Normativa Europea Cyber Security				Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Consenso dei trattamenti		s/n			S					
													0%		
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS			n. studi clinici		numero	2,33	2,00	2					
					valore di impact factor			51,59	54,682	52,768					
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		%			50	40				
								0%							

Eventuali annotazioni:

Data:/...../2018

TOTALE Performance (%)

Michele Gallucci
 Il Direttore del CdR

Paolo Fenu
 Il Direttore di Dipartimento
 La Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: **DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO**
 CdR: **UOC Chirurgia Toracica**
 Direttore/Resp: **Francesco Facciolo**

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %		
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività di ricovero ordinario e di giorno (Incrementi selettivi in Chirurgia)			Numero Ricoveri Ordinari		numero	528	570	550			Incremento in robotica	
					Numero Ricoveri DH/DS		numero	155	160	154			Mantenimento	
					Numero Interventi con Robot		numero	103	140	135			Incremento + 37 interventi in robotica	
		Incremento / Mantenimento del case-mix dell'attività di ricovero			Peso medio DRG Ricoveri Ordinari		numero	2,25	2,25	2,17				
					Peso medio DRG Ricoveri DH/DS		numero	1,81	1,81	1,75				
		Incremento/mantenimento volumi ambulatoriali			Numero Prime visite		numero	607	600	579				Mantenimento
					Numero visite di controllo		numero	232	240	232				
		Mantenimento del case-mix dell'attività specialistica			Numero totale prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)		numero	261	260	251				
					Valore Medio prestazioni esterni		numero	47						
		Riduzione dell'inappropriatezza nella degenza			Numero Dimessi ordinari con DRG a rischio inappropriatezza		numero	7	5	5				
Numero Dimessi con DRG 467					numero	2							Indicatore di monitoraggio	
								0%						

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi			Costo dei Farmaci Totali		numero	350.348	432.000	447.120		
					Costo dei materiali sanitari (escl. Protesi)		numero	1.362.894	1.500.000	1.552.500		
					Costo Protesi		numero	29.670	30.000	31.050		
								0%				

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %		
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale	Prestazioni interne			Numero prestazioni interne richieste		numero	47.408					Indicatore di monitoraggio	
					Numero prestazioni interne erogate		numero						Indicatore di monitoraggio	
		Appropriatezza della richiesta esami di laboratorio			Definire in collaborazione con UOSD Patologia Clinica e UOSD Patologia Clinica e Microbiologia due profili: 1) Pre-operatorio 2) Post-operatorio entro settembre 2018		s/n			S				
					Indice di operatività chirurgica		%	95,83%					Indicatore di monitoraggio	
					Indice di operatività chirurgica DH DS		%	95,48%					Indicatore di monitoraggio	
		Miglioramento dei livelli di efficienza: degenza media preoperatoria, degenza media			Degenza media preoperatoria		GG	2,36	2,36	2				
					Degenza media		GG	10,2	10,2	11				
	Rispetto tempistiche debiti informativi			Rad non inviabili per eccessivo ritardo		numero			0					
				Sviluppo PDTA dell'Istituto		s/n			S					
	Contributo alla riorganizzazione aziendale			Consolidamento DMT		%			80	70				
				Monitoraggio 'spazi operatori'		%							Indicatore di monitoraggio	
				Predisposizione delle relazioni di verifica budget		GG			0	30				
	Anticorruzione e trasparenza			Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità		s/n			S					
				Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018		s/n			S					
	Qualità - Certificazione - Rischio Clinico			Realizzare azioni specifiche previste dai percorsi di certificazione		s/n			S					
Adozione del Piano Rischio Clinico					s/n			S						
Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati			Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Censimento dei trattamenti		s/n			S						
											0%			

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS			n. studi clinici		numero	0,67	1,00	1		
					valore di impact factor			40,56	42,988	41,484		
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		%			50	40	
								0%				

Eventuali annotazioni:
 Chirurgia Robotica: l'incremento è condizionato dalla necessità di una seduta aggiuntiva 8-14 il martedì
 DS: è necessaria una seduta con anestesista per sedazione 8-14 il venerdì
 Ricerca: è necessario un infermiere di ricerca
 Come concordato assunzione dei 2 contrattisti

Data: **28/5/2018**

TOTALE Performance (%)

[Signature]
 Il Direttore del CdR

[Signature]
 Il Direttore di Dipartimento

[Signature]
 Francesco Facciolo

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2018

Macrostruttura: **DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO**
 Cdr: **UOC Neurochirurgia**
 Direttore/Resp: **Riccardo Boccaletti**

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. Ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %			
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività di ricovero ordinario e di giorno (Incrementi selettivi in Chirurgia)	30%		Numero Ricoveri Ordinari		numero	151	170	164			Mantenimento		
		Incremento / Mantenimento del case-mix dell'attività di ricovero			Peso medio DRG Ricoveri Ordinari		numero	2,58	2,58	2,49					
		Incremento/mantenimento volumi ambulatoriali			Numero Prime visite		numero	339	330	318					
					Numero visite di controllo		numero	226	230	222					
					Numero totale prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)		numero	47	50	48					
		Mantenimento del case-mix dell'attività specialistica			Valore Medio prestazioni esterni		numero	41							Indicatore di monitoraggio
		Riduzione dell'inappropriatezza nella degenza			Numero Dimessi ordinari con DRG a rischio inappropriatezza		numero	5	4	4					Numero di ricoveri ordinari con DRG incluso nella lista inappropriati secondo normativa vigente
	Numero Dimessi con DRG 467		numero	2							Indicatore di monitoraggio				
								0%							
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi	20%		Costo dei Farmaci Totali		numero	61.588	65.000	67.275					
					Costo dei materiali sanitari (escl. Protesi)		numero	334.914	400.000	414.000					
					Costo Protesi		numero	28.395	28.000	28.980					
								0%							
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale	Prestazioni interne	30%		Numero prestazioni interne richieste		numero	23.918					Indicatore di monitoraggio		
		Appropriatezza della richiesta esami di laboratorio			Numero prestazioni interne erogate		numero							Indicatore di monitoraggio	
					Definire in collaborazione con UOSD Patologia Clinica e UOSD Patologia Clinica e Microbiologia due profili: 1) Pre-operatorio 2) Post-operatorio entro settembre 2018		s/n			\$					
		Miglioramento dei livelli di efficienza: degenza media preoperatoria, degenza media			Indice di operatività chirurgica		%	89,40%							Indicatore di monitoraggio
					Degenza media preoperatoria		GG	3,33	3,33	3,45					
					Degenza media		GG	14,68	14,68	15,19					
	Rispetto tempistiche debiti informativi	Rad non inviabili per eccessivo ritardo				numero			0						
	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Consolidamento DMT			Garantire la presenza dei medici ai DMT di competenza (percentuale di partecipazione rilevata su report DMT)		%			80	70				
		Monitoraggio 'spazi operatori'			Percentuale di piani operatori inviati a BO nei tempi definiti		%								
		Predisposizione delle relazioni di verifica budget			GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.)		GG			0	30				Indicatore di monitoraggio
	Anticorruzione e trasparenza	Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità			Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano		s/n			\$					
	Qualità - Certificazione - Rischio Clinico	Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018			Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione		s/n			\$					
Adozione del Piano Rischio Clinico		Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico		s/n			\$								
Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	Rispetto Normativa Europea Cyber Security	Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Censimento dei trattamenti		s/n			\$								
								0%							
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS	20%		n. studi clinici		numero	0,67	1	1					
					valore di impact factor			17,72	18,778	18,121					
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		%			50	40				
								0%							

Eventuali annotazioni:

Data:/...../2018

TOTALE Performance (%)


 Il Direttore del Cdr

 Il Direttore di Dipartimento

 La Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: **DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO**
 CdR: **UOC Chirurgia Epatobiliopancreatica**
 Direttore/Resp: **Gian Luca Grazi**

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %		
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività di ricovero ordinario e di diurno (Incrementi selettivi in Chirurgia)	30%		Numero Ricoveri Ordinari		numero	196	210	203			Incremento su chirurgia robotica	
					Numero Interventi con Robot		numero	1	10	10			Incremento +9 interventi in robotica	
					Peso medio DRG Ricoveri Ordinari		numero	2,52	2,52	2				
					Numero Prime visite		numero	297	300	290				
					Numero visite di controllo		numero	349	350	338				
					Numero totale prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)		numero	67	70	68				
					Valore Medio prestazioni esterni		numero	15						Indicatore di monitoraggio
					Numero Dimessi ordinari con DRG a rischio inappropriata		numero	8	6	6				Numero di ricoveri ordinari con DRG incluso nella lista inappropriati secondo normativa vigente
					Numero Dimessi con DRG 467		numero	0						Indicatore di monitoraggio
													0%	
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi			Costo dei Farmaci Totali		numero	249.969	295.000	305.325				
					Costo dei materiali sanitari (escl. Protesi)		numero	225.465	274.000	283.590				
					Costo Protesi		numero	7.296	7.000	7.245				
								0%						
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale	Prestazioni interne	30%		Numero prestazioni interne richieste		numero	32.987					Indicatore di monitoraggio	
		Appropriatezza della richiesta esami di laboratorio			Definire in collaborazione con UOSD Patologia Clinica e UOSD Patologia Clinica e Microbiologia due profili: 1) Pre-operatorio 2) Post-operatorio entro settembre 2018		s/n			S				
		Miglioramento dei livelli di efficienza: degenza media preoperatoria, degenza media			Indice di operatività chirurgica		%	85,20%						Indicatore di monitoraggio
		Rispetto tempistiche debiti informativi			Degenza media preoperatoria		GG	1,72	1,72	1,78				
					Degenza media		GG	10,65	10,65	11,02				
	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Consolidamento DMT	30%		Rad non inviabili per eccessivo ritardo		numero	0	0	1				
		Monitoraggio 'spazi operatori'			Garantire la presenza dei medici ai DMT di competenza (percentuale di partecipazione rilevata su report DMT)		%		80	70				
		Predisposizione delle relazioni di verifica budget			Percentuale di piani operatori inviati a BO nei tempi definiti		%							
	Anticorruzione e trasparenza	Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità	30%		GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.)		GG		0	30			Indicatore di monitoraggio	
		Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018			Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano		s/n		S					
	Qualità - Certificazione - Rischio Clinico	Adozione del Piano Rischio Clinico	30%		Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione		s/n		S					
		Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati			Rispetto Normativa Europea Cyber Security		s/n		S					
									0%					
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS	30%		n. studi clinici		numero	1,00	1,00	-				
					valore di impact factor			24,10	25,548	24,654				
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		%		50	40				
								0%						

Eventuali annotazioni:
 Le attività che espressi durante la contrattazione 2017 non rimaste in risalto, in particolare quello riguardante la sala operatoria

Data:/...../2018

TOTALE Performance (%) #RIF!

Gian Luca Grazi
 Il Direttore del CdR

[Signature]
 Direttore di Dipartimento

[Signature]
 La Direzione Aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: **DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO**
 CdR: **UOC Ortopedia**
 Direttore/Resp: **Roberto Biagini**

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %			
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività di ricovero ordinario e di diurno (Incrementi selettivi in Chirurgia)	30%		Numero Ricoveri Ordinari		numero	187	200	193			Mantenimento		
		Incremento / Mantenimento del case-mix dell'attività di ricovero			Peso medio DRG Ricoveri Ordinari		numero	1,60	1,60	1,54					
		Incremento/mantenimento volumi ambulatoriali			Numero Prime visite		numero	652	650	627					
					Numero visite di controllo		numero	1.001	1.000	965					
					Numero totale prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)		numero	422	420	405					
					Mantenimento del case-mix dell'attività specialistica		Valore Medio prestazioni esterni		numero	20					Indicatore di monitoraggio
					Riduzione dell'inappropriatezza nella degenza		Numero Dimessi ordinari con DRG a rischio inappropriatezza		numero	15	11	11			Numero di ricoveri ordinari con DRG incluso nella lista inappropriati secondo normativa vigente
				Numero Dimessi con DRG 467		numero	1					Indicatore di monitoraggio			
								0%							
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi	20%		Costo dei Farmaci Totali		numero	72.371	90.000	93.150					
					Costo dei materiali sanitari (escl. Protesi)		numero	131.672	130.000	134.550					
					Costo Protesi		numero	295.134	300.000	310.500					
								0%							
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale	Prestazioni interne	30%		Numero prestazioni interne richieste		numero	29.592					Indicatore di monitoraggio		
					Numero prestazioni interne erogate		numero	125					Indicatore di monitoraggio		
		Appropriatezza della richiesta esami di laboratorio			Definire in collaborazione con UOSD Patologia Clinica e UOSD Patologia Clinica e Microbiologia due profili: 1) Pre-operatorio 2) Post-operatorio entro settembre 2018		s/n			S					
		Miglioramento dei livelli di efficienza: degenza media preoperatoria, degenza media			Indice di operatività chirurgica		%	96,79%						Indicatore di monitoraggio	
					Degenza media preoperatoria		GG	2,84	2,84	2,94					
					Degenza media		GG	14,58	14,58	15,09					
				Rispetto tempistiche debiti informativi		Rad non inviabili per eccessivo ritardo		numero		0	1				
	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Consolidamento DMT			Garantire la presenza dei medici ai DMT di competenza (percentuale di partecipazione rilevata su report DMT)		%			80	70				
		Monitoraggio 'spazi operatori'			Percentuale di piani operatori inviati a BO nei tempi definiti		%							Indicatore di monitoraggio	
		Predisposizione delle relazioni di verifica budget			GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.)		GG			0	30				
	Anticorruzione e trasparenza	Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità			Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano		s/n			S					
		Qualità - Certificazione - Rischio Clinico		Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018		Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione		s/n			S				
	Adozione del Piano Rischio Clinico			Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico		s/n			S						
Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	Rispetto Normativa Europea Cyber Security		Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Censimento dei trattamenti		s/n			S							
								0%							
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS	20%		n. studi clinici		numero	0,33	0,00						
					valore di impact factor			12,26	12,993	12,538					
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		%			50	40				
								0%							

Eventuali annotazioni:

Data:/...../2018

TOTALE Performance (%)

 Il Direttore del CdR

 Il Direttore di Dipartimento

 La Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2018

Macrostruttura: DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO
 CdR: UOC Ginecologia
 Direttore/Resp: Enrico Vizza

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %			
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività di ricovero ordinario e di giorno (Incrementi selettivi in Chirurgia)	30%		Numero Ricoveri Ordinari		numero	478	510	492			Incremento su robotica		
					Numero Ricoveri DH/DS		numero	277	280	270			Mantenimento		
					Numero Interventi con Robot		numero	24	60	58			Incremento + 36 ricoveri in robotica		
		Incremento / Mantenimento del case-mix dell'attività di ricovero			Peso medio DRG Ricoveri Ordinari		numero	1,44	1,44	1					
					Peso medio DRG Ricoveri DH/DS		numero	0,74	0,74	1					
					Numero Prime visite		numero	1.611	1.600	1.544					
		Incremento/mantenimento volumi ambulatoriali			Numero visite di controllo		numero	1.572	1.500	1.448					Mantenimento
					Numero indagini di laboratorio		numero	2.201	2.200	2.123					
					Numero totale prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)		numero	2.883	2.900	2.799					
		Mantenimento del case-mix dell'attività specialistica			Valore Medio prestazioni esterni		numero	17							Indicatore di monitoraggio
					Numero Dimessi ordinari con DRG a rischio inappropriata		numero	51	36	37					Numero di ricoveri ordinari con DRG incluso nella lista inappropriati secondo normativa vigente
					Numero Dimessi con DRG 467		numero	20							Indicatore di monitoraggio
Riduzione dell'inappropriatezza nella degenza			N. SDO scartate+valorizzate 0 (DH DS)		numero	5	3	3					Numero di ricoveri scartati in fase di accettazione o valorizzati a 0		

GOVERNO ECONOMICO	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi	30%		Costo dei Farmaci Totali		numero	109.603	105.000	108.675		
					Costo dei materiali sanitari (escl. Protesi)		numero	635.835	800.000	828.000		
					Costo Protesi		numero	2.034	2.000	2.070		

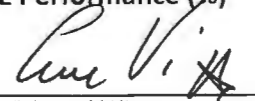
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %		
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale	Prestazioni interne	30%		Numero prestazioni interne richieste		numero	31.809					Indicatore di monitoraggio	
					Demire in collaborazione con UOSD Patologia Clinica e UOSD Patologia Clinica e Microbiologia due profili: 1) Pre-operatorio 2) Post-operatorio entro settembre 2018		s/n		S					
					Indice di operatività chirurgica		%	92,47%						Indicatore di monitoraggio
		Indice di operatività chirurgica DH DS				%	94,58%						Indicatore di monitoraggio	
		Degenza media preoperatoria				GG	0,31	0,31	0,32					
		Degenza media				GG	4,58	4,58	4,74					
	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Pieno sviluppo Banca Tessuto Ovarico		Rad non inviabili per eccessivo ritardo		numero		0	1					
				Invio Relazione attività a DS entro il 31/01/2019		s/n		S						
				Consolidamento DMT		%		80	70					
	Anticorruzione e trasparenza	Monitoraggio 'spazi operatori'		Percentuale di piani operatori inviati a BO nei tempi definiti		%								Indicatore di monitoraggio
				Predisposizione delle relazioni di verifica budget		GG		0	30					
				Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità		s/n		S						
Qualità - Certificazione - Rischio Clinico	Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018		Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione		s/n		S							
			Adozione del Piano Rischio Clinico		s/n		S							
Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	Rispetto Normativa Europea Cyber Security		Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Censimento dei trattamenti		s/n		S							

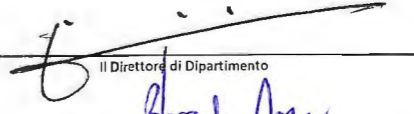
RICERCA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS	30%		n. studi clinici		numero	2,00	3,00	3		
					valore di impact factor			55,24	58,556	56,507		
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		%		50	40		

Eventuali annotazioni:
 Si intende ad ISOS/IRCCS RISPETTO AL 2017
 si allega documento

Data: 10/01/2018


TOTALE Performance (%)


 Il Direttore del CdR


 Il Direttore di Dipartimento

La Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2018

Macrostruttura: DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO
 CdR: UOC Chirurgia Plastica e Ricostruttiva
 Direttore/Resp: Roy De Vita

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. Ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %			
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività di ricovero ordinario e di diurno (Incrementi selettivi in Chirurgia)			Numero Ricoveri Ordinari		numero	421	420	405			Mantenimento		
					Numero Ricoveri DH/DS		numero	161	410	396			Incremento di circa 250 ricoveri ds sulla base 2017		
		Incremento / Mantenimento del case-mix dell'attività di ricovero			Peso medio DRG Ricoveri Ordinari		numero	1,28	1,28	1,24					
					Peso medio DRG Ricoveri DH/DS		numero	1,09	1,09	1,05					
		Incremento/mantenimento volumi ambulatoriali			Numero Prime visite		numero	720	720	695					Mantenimento
					Numero visite di controllo		numero	489	500	483					
					Numero totale prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)		numero	1.372	1.400	1.351					
		Mantenimento del case-mix dell'attività specialistica			Valore Medio prestazioni esterni		numero	46							Indicatore di monitoraggio
					Numero Dimessi ordinari con DRG a rischio inappropriata		numero	27	19	20				Numero di ricoveri ordinari con DRG incluso nella lista inappropriati secondo normativa	
		Riduzione dell'inappropriatezza nella degenza			Numero Dimessi con DRG 467		numero	26							Indicatore di monitoraggio
N. SDO scartate+valorizzate 0 (DH D5)					numero	11	6	6				Numero di ricoveri scartati in fase di accettazione o valorizzati a 0			
Potenziamento/Riorganizzazione Chirurgia Ambulatoriale			Chirurgia Ambulatoriale - N° APA previsti da nomenclatore regionale		numero	172	170	164							

0%

GOVERNO ECONOMICO	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. Ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi			Costo dei Farmaci Totali		numero	26.767	25.000	25.875		
					Costo dei materiali sanitari (escl. Protesi)		numero	180.105	150.000	155.250		
					Costo Protesi		numero	267.767	450.000	465.750		

0%

GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. Ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %		
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale	Prestazioni interne			Numero prestazioni interne richieste		numero	16.382					Indicatore di monitoraggio	
					Definire in collaborazione con UOSD Patologia Clinica e UOSD Patologia Clinica e Microbiologia due profili: 1) Pre-operatorio 2) Post-operatorio entro settembre 2018		s/n			5				
		Miglioramento dei livelli di efficienza: degenza media preoperatoria, degenza media			Indice di operatività chirurgica		%	94,06%						Indicatore di monitoraggio
					Indice di operatività chirurgica DH DS		%	91,93%						Indicatore di monitoraggio
					Degenza media preoperatoria		GG	1,32	1,32	1,37				
	Degenza media		GG	3,52	3,52	3,64								
	Rispetto tempistiche debiti informativi			Rad non inviabili per eccessivo ritardo		numero			0	1				
	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Sviluppo PDTA dell'Istituto			Revisione PDTA MAMMELLA		s/n			5				
					Consolidamento DMT		%			80	70			
					Monitoraggio 'spazi operatori'		%							
Predisposizione delle relazioni di verifica budget			GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.)		GG			0	30				Indicatore di monitoraggio	
			Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'illegalità		s/n			5						
Qualità - Certificazione - Rischio Clinico	Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018			Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione		s/n			5					
				Adozione del Piano Rischio Clinico		s/n			5					
Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	Rispetto Normativa Europea Cyber Security		Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Censimento dei trattamenti		s/n				5					

0%

RICERCA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. Ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS			n. studi clinici		numero	0,67	1,00	1		
					valore di impact factor			6,06	6,419	6		
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		%			50	40	

* Con la riprogrammazione degli spazi operatori (o regime dal 2 Maggio) al 150 usanze, l'incremento degli interventi potrà essere del 96 e quindi da 163 a 257 e da 3 a 410! Se poi come promesso da giugno potrà essere di centrolibero - professionisti e di veterani potrà il n. interventi essere aumentato ulteriormente in rapporto evidentemente a quanto concesso

Eventuali annotazioni:
 Incremento possibile con una seduta operatoria in più di 6 ore

TOTALE Performance
 Istituto Regina Elena
 S.C. Chirurgia Plastica Ricostruttiva
 Direttore: Prof. R. De Vita

Il Direttore del CdR
 Il Direttore di Dipartimento
 Roy De Vita

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: **DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO**
 Cdr: **UOC Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico Facciale**
 Direttore/Resp: **Giuseppe Spriano**

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %			
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività di ricovero ordinario e di diurno (Incrementi selettivi in Chirurgia)	30%		Numero Ricoveri Ordinari		numero	469	470	454			Mantenimento		
					Numero Ricoveri DH/DS		numero	230	230	222			incremento + 5 interventi robot		
					Numero Interventi con Robot		numero	10	15	14					
		Incremento / Mantenimento del case-mix dell'attività di ricovero	30%		Peso medio DRG Ricoveri Ordinari		numero	1,89	1,89	1,82					
					Peso medio DRG Ricoveri DH/DS		numero	0,93	0,93	0,90					
					Numero Prime visite		numero	1.493	1.500	1.448			Mantenimento		
		Incremento/mantenimento volumi ambulatoriali	30%		Numero visite di controllo		numero	1.959	2.000	1.930					
					Numero totale prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)		numero	7.780	7.800	7.527					
					Valore Medio prestazioni esterni		numero	13,91						Indicatore di monitoraggio	
		Mantenimento del case-mix dell'attività specialistica	30%		Numero Dimessi ordinari con DRG a rischio inappropriata		numero	14	10	10					Numero di ricoveri ordinari con DRG incluso nella lista inappropriati secondo normativa vigente
					Numero Dimessi con DRG 467		numero	17					Indicatore di monitoraggio		
					N. SDO scartate+valorizzate 0 (DH DS)		numero	14	7	7			Numero di ricoveri scartati in fase di accettazione o		
							0%								

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi	20%		Costo dei Farmaci Totali		numero	57.110	51.000	52.785		
					Costo dei materiali sanitari (escl. Protesi)		numero	300.678	250.000	258.750		
					Costo Protesi		numero	1.307	1.300	1.346		
							0%					

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %			
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale	Prestazioni interne	30%		Numero prestazioni interne richieste		numero	27.848					Indicatore di monitoraggio		
					Appropriatezza della richiesta esami di laboratorio		s/n			S					
					Miglioramento dei livelli di efficienza: degenza media preoperatoria, degenza media		%	93,82%							Indicatore di monitoraggio
					Indice di operatività chirurgica		%	82,61%							Indicatore di monitoraggio
					Indice di operatività chirurgica DH DS		%	0,75	0,75	0,78					
					Degenza media preoperatoria		GG	8,5	8,5	8,80					
	Contributo alla riorganizzazione aziendale	30%		Rispetto tempistiche debiti informativi		numero			0						
				Sviluppo PDTA dell'Istituto		s/n			S						
				Consolidamento DMT		%		80	70						
				Monitoraggio 'spazi operatori'		%									
				Predisposizione delle relazioni di verifica budget		GG		0	30						
				GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.)		GG									
	Anticorruzione e trasparenza	30%		Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità		s/n			S						
				Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano		s/n			S						
	Qualità - Certificazione - Rischio Clinico	30%		Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018		s/n			S						
				Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione		s/n			S						
	Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	30%		Adozione del Piano Rischio Clinico		s/n			S						
				Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico		s/n			S						
Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	30%		Rispetto Normativa Europea Cyber Security		s/n			S							
			Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Consenso dei trattamenti		s/n			S							
							0%								

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS	30%		n. studi clinici		numero	0,33	1,00	1		
					valore di impact factor		%	24,71	26,192	25,276		
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		%		50	40		
							0%					

Eventuali annotazioni:

Data:/...../2018

TOTALE Performance (%)

Giuseppe Spriano
 Direttore del Cdr

 Il Direttore di Dipartimento
Giuseppe Spriano
 La Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: **DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO**
 CdR: **UOC Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva**
 Direttore/Resp: **Ester Forastiere**

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %		
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Mantenimento volumi degenze			N. pazienti dimessi compresi i trasferiti		numero	743					Indicatore di monitoraggio	
		Incremento/mantenimento spazi ambulatoriali dedicati alle visite			Numero Prime visite		numero	265	265	252			Mantenimento	
					Numero totale prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)		numero	78	80	76				
		Mantenimento del case-mix dell'attività specialistica			Valore Medio prestazioni esterni		numero	33	33	31			Indicatore di monitoraggio	
0%														
GOVERNO ECONOMICO	Governare dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi			Costo dei Farmaci Totali		numero	552.186	553.000	572.355				
					Costo dei materiali sanitari (escl. Protesi)		numero	1.526.728	838.000	867.330				
0%														
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale	Prestazioni Interne			Numero prestazioni interne richieste		numero	39.840	39.840				Indicatore di monitoraggio	
					Numero prestazioni interne erogate		numero						Indicatore di monitoraggio	
		Miglioramento dei livelli di efficienza: degenza media preoperatoria, degenza media			Indice di rotazione				92,88	92,88	88			
					Intervallo di turn-over				1,64	1,64	1,70			
			Degenza media				GG	4,66	4,66	4,82				
			Invio mensile in DS monitoraggio interventi chirurgici - n. report inviati				numero		12					
		Predisposizione delle relazioni di verifica budget				GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.)		GG	0					
	Anticorruzione e trasparenza	Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità				Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano		s/n		S				
	Qualità - Certificazione - Rischio Clinico	Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018				Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione		s/n		S				
		Adozione del Piano Rischio Clinico				Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico		s/n		S				
Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	Rispetto Normativa Europea Cyber Security				Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Censimento dei trattamenti		s/n		S					
0%														
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS			n. studi clinici		numero	1,67	1,00	1				
					valore di impact factor			10,198	10,810	10,269				
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		numero			50	40			
0%														

Eventuali annotazioni:

Data:/...../2018

TOTALE Performance (%)

#RIF!

Ester Forastiere

 Il Direttore del CdR

Ester Forastiere

 Il Direttore di Dipartimento

Ester Forastiere

 La Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

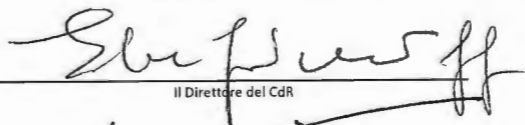
Macrostruttura: **DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO**
 CdR: **UOSD Terapia del Dolore**
 Direttore/Resp: **Ester Forastiere**


AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. Ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %	
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività di ricovero ordinario e di giorno (Incrementi selettivi in Chirurgia)			Numero Ricoveri DH/DS		numero	440	440	425			Mantenimento
		Incremento/Mantenimento dei volumi di offerta specialistica ambulatoriale		Numero Prime visite		numero	571	570	550				
				Numero visite di controllo		numero	937	900	869				
				Numero totale prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)		numero	10.136	10.100	9.747				
				Valore Medio prestazioni esterni		numero	12	12	11				
	Mantenimento del case-mix dell'attività specialistica											Indicatore di monitoraggio	
0%													
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi			Costo dei Farmaci Totali		numero	2.103	2.000	2.070			
					Costo dei materiali sanitari (escl. Protesi)		numero	173.242	180.000	186.300			
0%													
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Predisposizione delle relazioni di verifica budget			GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.)		GG		0				
	Anticorruzione e trasparenza	Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità			Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano		s/n		S				
	Qualità - Certificazione - Rischio Clinico	Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018			Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione		s/n		S				
			Adozione del Piano Rischio Clinico		Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico		s/n		S				
	Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	Rispetto Normativa Europea Cyber Security			Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Censimento dei trattamenti		s/n		S				
0%													
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS			n. studi clinici		numero						
					valore di impact factor								
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		numero						
0%													

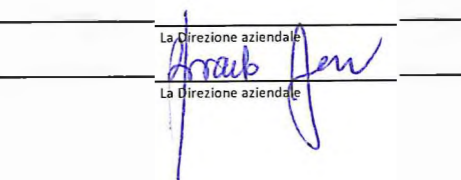
Eventuali annotazioni:

Data:/...../2018

TOTALE Performance (%) #RIF!


 Il Direttore del CdR


 Direttore di Dipartimento


 La Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: **DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO**
 CdR: **UOC Oncologia Medica 1**
 Direttore/Resp: **Francesco Cognetti**

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (80%)	Verificato	Perf. %
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività di ricovero ordinario e di diurno (Incrementi selettivi in Incremento / Mantenimento del case-mix dell'attività di ricovero Incremento/mantenimento spazi ambulatoriali dedicati alle visite Incremento/Mantenimento dei volumi di offerta specialistica ambulatoriale Mantenimento del case-mix dell'attività specialistica Riduzione dell'inappropriatezza nella degenza			Numero Ricoveri Ordinari		numero	756	760	733		
					Numero Ricoveri DH/DS		numero	100	100	97		
					Peso medio DRG Ricoveri Ordinari		numero	0,98	0,98	0,95		
					Peso medio DRG Ricoveri DH/DS		numero	1,24	1,24	1,20		
					Numero Prime visite		numero	5.410	5.400	5.211		
					Numero visite di controllo		numero	21.334	21.300	20.555		
					Numero indagini di laboratorio		numero	1.989	2.000	1.930		
					Numero totale prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)		numero	17.546	17.500	16.888		
					Valore Medio prestazioni esterni		numero	12				
					Numero Dimessi ordinari con DRG a rischio inappropriatezza		numero	42	29	30		
		Numero Dimessi con DRG 467		numero	12							
		N. SDO scartate+valorizzate 0 (DH DS)		numero	4	2	2					

mantenimento
Indicatore di monitoraggio
Numero di ricoveri ordinari con DRG incluso nella lista inappropriati secondo normativa vigente
Indicatore di monitoraggio
Numero di ricoveri scartati in fase di accettazione o valorizzati a 0

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (80%)	Verificato	Perf. %
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi			Costo dei Farmaci Totali		numero	19.265.922	19.033.873	19.700.059		
					Farmaci File F		numero	17.349.623				
					Costo dei materiali sanitari (escl. Protesi)		numero	188.791	205.000	212.175		

MONITORAGGIO

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (80%)	Verificato	Perf. %	
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale	Prestazioni interne Miglioramento dei livelli di efficienza: degenza Rispetto tempistiche debiti informativi			Numero prestazioni interne richieste		numero	66.974					
					Numero prestazioni interne erogate		numero						
					Degenza media		GG	7,69	7,69	7,96			
	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Consolidamento DMT Predisposizione delle relazioni di verifica budget				Rad non inviabili per eccessivo ritardo		numero		0			
						Garantire la presenza dei medici ai DMT di competenza (percentuale di partecipazione rilevata su report DMT)		%		80	70		
	Anticorruzione e trasparenza	Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità				GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.)		GG		0	30		
						Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano		s/n		S			
	Qualità - Certificazione - Rischio Clinico	Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018 Adozione del Piano Rischio Clinico				Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione		s/n		S			
						Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico		s/n		S			
	Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	Rispetto Normativa Europea Cyber Security				Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Censimento dei trattamenti		s/n		S			

Indicatore di monitoraggio
Indicatore di monitoraggio

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (80%)	Verificato	Perf. %
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS			n. studi clinici		numero	31,67	30	29		
					valore di impact factor			296,56	314,351	303,349		
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		%		50	40		

Eventuali annotazioni:

Data:/...../2018

TOTAL Performance (%)

50%

Il Direttore del CdR

Il Direttore di Dipartimento

La Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2018

Macrostruttura: DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO
 CdR: UOC Oncologia Medica 2
 Direttore/Resp: Luigi Di Lauro

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %	
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività di ricovero ordinario e di diurno (Incrementi)	30%		Numero Ricoveri Ordinari		numero	1.047	1.050	1.013			Mantenimento
					Numero Ricoveri DH/DS		numero	74	80	77			
					Peso medio DRG Ricoveri Ordinari		numero	1,05	1,05	1,01			
					Peso medio DRG Ricoveri DH/DS		numero	1,24	1,24	1,20			
					Numero Prime visite		numero	3.322	3.300	3.185			
					Numero visite di controllo		numero	17.235	17.300	16.695			
					Numero indagini di laboratorio		numero	464	470	454			
					Numero totale prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)		numero	22.924	23.000	22.195			
					Valore Medio prestazioni esterni		numero	11					
					Numero Dimessi ordinari con DRG a rischio inappropriata		numero	21	15	15			
Numero Dimessi con DRG 467		numero	3										
Potenziamento/Riorganizzazione Chirurgia Ambulatoriale		Day Service - N . PAC previsti da nomenclatore regionale		numero	182	180	174					Mantenimento	
0%													
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi	20%		Costo dei Farmaci Totali		numero	10.630.858	11.584.000	11.989.440			Monitoraggio
					Farmaci File F		numero	9.664.531					
					Costo dei materiali sanitari (escl. Protesi)		numero	140.713	141.000	145.935			
0%													
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale	Prestazioni interne	30%		Numero prestazioni interne richieste		numero	28.764					Indicatore di monitoraggio
		Miglioramento dei livelli di efficienza: degenza media preoperatoria, degenza media			Numero prestazioni interne erogate		numero					Indicatore di monitoraggio	
		Rispetto tempistiche debiti informativi			Degenza media		GG	4,81	4,81	4,98			
	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Consolidamento DMT			Rad non inviabili per eccessivo ritardo		numero		0				
		Predisposizione delle relazioni di verifica budget			Garantire la presenza dei medici ai DMT di competenza (percentuale di partecipazione rilevata su report DMT)		%		80	70			
	Anticorruzione e trasparenza	Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità			GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.)		GG		0	30			
		Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018			Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano		s/n		S				
	Qualità - Certificazione - Rischio Clinico	Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018			Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione		s/n		S				
		Adozione del Piano Rischio Clinico			Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico		s/n		S				
	Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	Rispetto Normativa Europea Cyber Security			Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Censimento dei trattamenti		s/n		S				
0%													
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS	30%		n. studi clinici		numero	7,33	8,00	8			
					valore di impact factor			87,78	93,043	89,7864			
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		%			50	40		
0%													

Eventuali annotazioni:
 Obiettivo ottenuto, salvo a 5/18 settembre che nel corso del 2018 saranno in presenza, saranno puntualmente solidificati

Data: 23/04/...../2018

TOTALE Performance (%)

%
 50%
 Il Direttore del CdR
 Il Direttore di Dipartimento
 La Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2018

Macrostruttura: DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO
 CdR: UOSD Ematologia
 Direttore/Resp: Andrea Mengarelli

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %		
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività di ricovero ordinario e di giorno (Incrementi selettivi in	30%		Numero Ricoveri Ordinari		numero	219	210	203			Mantenimento volumi ricoveri	
					Numero Ricoveri DH/DS		numero	96	100	97			Prevista una riduzione di circa 15 trapianti - conseguente riduzione peso medio	
		Incremento / Mantenimento del case-mix dell'attività di ricovero	30%		Peso medio DRG Ricoveri Ordinari		numero	6,11	5,00	5				
					Peso medio DRG Ricoveri DH/DS		numero	1,03	1,03	1			Mantenimento	
		Incremento/mantenimento spazi ambulatoriali dedicati alle visite	30%		Numero Prime visite		numero	596	600	579				
					Numero visite di controllo		numero	10.400	10.400	10.036				
					Numero indagini di laboratorio		numero	5.346	5.400	5.211				
		Mantenimento del case-mix dell'attività specialistica	30%		Numero totale prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)		numero	6.672	6.700	6.466				
					Valore Medio prestazioni esterni		numero	11					Indicatore di monitoraggio	
		Riduzione dell'inappropriatezza nella degenza	30%		Numero Dimessi ordinari con DRG a rischio inappropriatezza		numero	0	0	-				Numero di ricoveri ordinari con DRG incluso nella lista inappropriati secondo normativa vigente
Numero Dimessi con DRG 467					numero	1	1				Indicatore di monitoraggio			
Potenziamento/Riorganizzazione Chirurgia Ambulatoriale	30%		Day Service - N . PAC previsti da nomenclatore regionale		numero	134	140	135				Mantenimento		
								0%						
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi	10%		Costo dei Farmaci Totali		numero	6.231.351	7.318.145	7.574.280			Monitoraggio	
					Farmaci File F		numero	5.114.784						
					Costo dei materiali sanitari (escl. Protesi)		numero	140.007	130.000	134.550				
								0%						
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale	Prestazioni interne	30%		Numero prestazioni interne richieste		numero	64.159					Indicatore di monitoraggio	
					Numero prestazioni interne erogate		numero	110					Indicatore di monitoraggio	
	Contributo alla riorganizzazione aziendale	30%		Degenza media		GG	17,15	17,00	17,60					
				Rad non inviabili per eccessivo ritardo		numero		0						
	Anticorruzione e trasparenza	30%		Garantire la presenza dei medici ai DMT di competenza (percentuale di partecipazione rilevata su report DMT)		%		80	70					
				GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.)		GG		0	30					
	Qualità - Certificazione - Rischio Clinico	30%		Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano		s/n		S						
				Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione		s/n		S						
	Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	30%		Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico		s/n		S						
				Rispetto Normativa Europea Cyber Security		s/n		S						
								0%						
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS	10%		n. studi clinici		numero	8,00	5,00	5				
					valore di impact factor			64,21	64,105	61,861				
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		%		50	40				
								0%						

Eventuali annotazioni:

Si conferma quanto già annunciato nella precedente scheda di bilancio, ovvero che le risorse umane sono indispensabili al raggiungimento degli obiettivi, anche eccedendo i limiti di spesa e i c.d.d. v. generali, in ragione delle specificità

Data: 19/09/2018

TOTALE Performance (%)

Andrea Mengarelli
 Il Direttore del CdR

Armando
 Il Direttore di Dipartimento
 La Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: **DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO**
 CdR: **UOSD Cardiologia**
 Direttore/Resp: **Francesco Rulli**

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %	
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Incremento/mantenimento volumi ambulatoriali	40%		Numero Prime visite		numero	792	800	772			Mantenimento
					Numero visite di controllo		numero	259	300	290			
		Numero totale prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)				numero	6.089	6.100	5.887				
		Valore Medio prestazioni esterni				numero	23						
0%													Indicatore di monitoraggio
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi	20%		Costo dei Farmaci Totali		numero	187	200	207			
					Costo dei materiali sanitari (escl. Protesi)		numero	6.063	6.000	6.210			
0%													Indicatore di monitoraggio
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Ottimizzazione della produttività	Prestazioni interne	40%		Numero prestazioni interne erogate		numero						
	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Predisposizione delle relazioni di verifica budget			GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.)		GG		0	30			
	Anticorruzione e trasparenza	Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità			Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano		s/n		S				
	Qualità - Certificazione - Rischio Clinico	Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018			Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione		s/n		S				
		Adozione del Piano Rischio Clinico			Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico		s/n		S				
	Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	Rispetto Normativa Europea Cyber Security			Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Censimento dei trattamenti		s/n		S				
0%													
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS			n. studi clinici		numero	n.r.	n.r.				
					valore di impact factor			0,00	0,00				
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		numero						
0%													

Eventuali annotazioni:

Data: **19/4**/2018

TOTALE Performance (%)

Francesco Rulli
Il Direttore del CdR

Il Direttore di Dipartimento

La Direzione aziendale

Stefano Ferri
La Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: **DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO**
 CdR: **UOSD Neuroncologia**
 Direttore/Resp: **Andrea Pace**

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %	
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Incremento/mantenimento spazi ambulatoriali dedicati alle visite	30%		Numero Prime visite		numero	2.245	2.300	2.220			Mantenimento
					Numero visite di controllo		numero	2.157	2.150	2.075			
					Numero indagini di laboratorio		numero	613	600	579			
					Numero totale prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)		numero	20.111	20.100	19.397			
		Mantenimento del case-mix dell'attività specialistica			Valore Medio prestazioni esterni		numero	12					Indicatore di monitoraggio
Potenziamento/Riorganizzazione Chirurgia Ambulatoriale			Day Service - N . PAC previsti da nomenclatore regionale		numero	136	140	135				Mantenimento	
								0%					
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi	30%		Costo dei Farmaci Totali		numero	118.955	130.000	134.550			
					Costo dei materiali sanitari (escl. Protesi)		numero	12.136	15.000	15.525			
								0%					
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale	Prestazioni interne	30%		Numero prestazioni interne richieste		numero	239	239				Indicatore di monitoraggio
					Numero prestazioni interne erogate		numero	8.664	8.664				
	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Consolidamento DMT	Predisposizione delle relazioni di verifica budget			Garantire la presenza dei medici ai DMT di competenza (percentuale di partecipazione rilevata su report DMT)		%		80	70		Indicatore di monitoraggio
						GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.)		GG		0	30		
	Anticorruzione e trasparenza	Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità	Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018			Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano		s/n		S			
						Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione		s/n		S			
	Qualità - Certificazione - Rischio Clinico	Adozione del Piano Rischio Clinico	Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico			Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Censimento dei trattamenti		s/n		S			
Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	Rispetto Normativa Europea Cyber Security												
								0%					
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS	30%		n. studi clinici		numero	3,67	5,00	5			
					valore di impact factor			49,984	52,983	51,128			
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		%		50	40			
								0%					

Eventuali annotazioni:

Nelle prestazioni ambulatoriali per esterni confluiscono anche i volumi dell'attività di fisioterapia/riabilitazione
 la produzione scientifica (impact factor) è sottile ed sempre migliorata - le iniziative più importanti considerate
 le visite ambu -

Data:/...../2018

TOTALE Performance (%)

#RIF!

[Signature]
 Il Direttore del CdR

[Signature]
 Il Direttore di Dipartimento

[Signature]
 la Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: **DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO**
 CdR: **UOSD Fisiopatologia Respiratoria**
 Direttore/Resp: **Maria Papale**

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %	
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Incremento/Mantenimento dei volumi di offerta specialistica ambulatoriale	40%		Numero Prime visite		numero	1.110	1.200	1.158			Mantenimento
					Numero visite di controllo		numero	2.114	2.100	2.027			
					Numero indagini di laboratorio		numero	1.290	1.300	1.255			
					Numero totale prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)		numero	10.724	10.800	10.422			
		Mantenimento del case-mix dell'attività specialistica			Valore Medio prestazioni esterni		numero	17					Indicatore di monitoraggio
		Trasparenza Agende			Agende prime visite visibili recup		s/n		S				
Potenziamento/Riorganizzazione Chirurgia Ambulatoriale			Day Service - N . PAC previsti da nomenclatore regionale		numero	19	20	19				Mantenimneto	
								0%					
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi	20%		Costo dei Farmaci Totali		numero	49.897	50.000	51.750			
					Costo dei materiali sanitari (escl. Protesi)		numero	22.937	23.000	23.805			
								0%					
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale	Prestazioni interne	10%		Numero prestazioni interne erogate		numero	17.086	-				Indicatore di monitoraggio
	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Ospedale senza fumo			Presentazione di procedura operativa di counselling su lavoratori fumatori in collaborazione con Medico Competente. Invio proposta a DS entro giugno 2018		s/n		S				
		Consolidamento DMT			Garantire la presenza dei medici ai DMT di competenza (percentuale di partecipazione rilevata su report DMT)		%		80	70			
		Predisposizione delle relazioni di verifica budget			GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.)		GG		0	30			
	Anticorruzione e trasparenza	Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità			Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano		s/n		S				
	Qualità - Certificazione - Rischio Clinico	Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018			Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione		s/n		S				
		Adozione del Piano Rischio Clinico			Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico		s/n		S				
Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	Rispetto Normativa Europea Cyber Security	Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Censimento dei trattamenti		s/n		S							
								0%					
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS	0%		n. studi clinici		numero	0,33	0,00				
					valore di impact factor			0,00	0,00				
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		numero						
								0%					

Eventuali annotazioni:

Data:/...../2018

TOTALE Performance (%) 112

 Il Direttore del CdR

 Il Direttore di Dipartimento

 La Direzione aziendale

 La Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: **DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO**
 CdR: **UOSD Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva**
 Direttore/Resp: **Vittoria Stigliano**

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %	
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività di ricovero ordinario e di giorno (Incrementi selettivi in)	30%		Numero Ricoveri DH/DS		numero	53	55	53			Mantenimento
					Peso medio DRG Ricoveri DH/DS		numero	0,81	0,81	0,78			
					Numero Prime visite		numero	1.018	1.000	965			
					Numero visite di controllo		numero	605	610	589			
					Numero totale prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)		numero	6.775	6.800	6.562			
Mantenimento del case-mix dell'attività specialistica			Valore Medio prestazioni esterni		numero	48	48					Indicatore di monitoraggio	
0%													
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi	20%		Costo dei Farmaci Totali		numero	15.480	15.000	15.525			
					Costo dei materiali sanitari (escl. Protesi)		numero	303.426	260.000	269.100			
					Costo Protesi		numero	37.862	38.000	39.330			
0%													
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale	Prestazioni Interne	30%		Numero prestazioni interne richieste		numero	615					Indicatore di monitoraggio
					Numero prestazioni interne erogate		numero	3.451					Indicatore di monitoraggio
	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Centro Malattie Rare	30%		Progetto di fattibilità Punto accoglienza Malattie Rare - invio progetto a DS entro Giugno 2018		s/n		S				
					Percentuale casi registrati su portale		%		100	90			
					Relazione annuale attività - Inviare relazione a DS entro 31/01/2019		s/n		S				
					Garantire la presenza dei medici ai DMT di competenza (percentuale di partecipazione rilevata su report DMT)		%		80	70			
	Consolidamento DMT	Predisposizione delle relazioni di verifica budget	30%		GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.)		GG		0	30			
					Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità		s/n		S				
	Anticorruzione e trasparenza	Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018	30%		Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano		s/n		S				
					Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione		s/n		S				
Qualità - Certificazione - Rischio Clinico	Adozione del Piano Rischio Clinico	30%		Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico		s/n		S					
				Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati		s/n		S					
0%													
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS			n. studi clinici		numero	0,67	0,00	-			
					valore di impact factor			3,803	4,031	3,890			
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		%		50	40			
0%													

Eventuali annotazioni:

Malattie Rare:	RB0050	POLIPOSI FAMILIARE
	RBG021	SINDROME DI LYNCH
	RN0760	SINDROME DI PEUTZ JEGHERS

Data:/...../2018

TOTALE Performance (%) #RIF!

Autoree D'Alfonso
Il Direttore del CdR

Stefano
Direttore di Dipartimento

Stefano
La Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: **DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO**
 CdR: **UOSD Endocrinologia**
 Direttore/Resp: **MariaLuisa Appetecchia**

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %	
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Incremento/mantenimento spazi ambulatoriali dedicati alle visite	30%		Numero Prime visite		numero	1.684	1.700	1.641			Mantenimento
					Numero visite di controllo		numero	4.399	4.400	4.246			
		Numero totale prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)				numero	1.464	1.500	1.448				
		Valore Medio prestazioni esterni				numero	23						
		Potenziamento/Riorganizzazione Chirurgia Ambulatoriale			Day Service - N . PAC previsti da nomenclatore regionale		numero	567	570	550			Mantenimento
0%													
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi	20%		Costo dei Farmaci Totali		numero	151.716	170.000	175.950			
					Farmaci File F		numero		162.093	167.766			
					Costo dei materiali sanitari (escl. Protesi)		numero	2.298	2.200	2.277			
0%													
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale	Prestazioni interne	30%		Numero prestazioni interne erogate		numero	538					Indicatore di monitoraggio
		Centro Malattie Rare			Percentuale casi registrati su portale		%		100	90			
	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Consolidamento DMT			Garantire la presenza dei medici ai DMT di competenza (percentuale di partecipazione rilevata su report DMT)		%		80	70			
		Predisposizione delle relazioni di verifica budget			GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.)		GG		0	30			
	Anticorruzione e trasparenza	Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità			Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano		s/n		S				
	Qualità - Certificazione - Rischio Clinico	Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018			Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione		s/n		S				
Adozione del Piano Rischio Clinico		Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico		s/n		S							
Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	Rispetto Normativa Europea Cyber Security	Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Censimento dei trattamenti		s/n		S							
0%													
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS	20%		n. studi clinici		numero	1,67	3,00	3			
					valore di impact factor			2,06	2,184	2,108			
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		%			50	40		
0%													

Eventuali annotazioni:

Malattie Rare:	RBG020	COMPLESSO DI CARNEY
	RCG162	MEN (Neoplasie Neuroendocrine Multiple)

Data:/...../2018

In considerazione della attuale carenza di personale (-1 posto di dirigente medico non sostituito) ed il possibile trasferimento dell'unica unità di diurno medico attualmente in servizio presso richiesta di mobilità, non è possibile assicurare il rispetto della programmazione proposta.

19.06.18

TOTALE Performance (%)

[Signature]
 Il Direttore del CdR

[Signature]
 Il Direttore di Dipartimento

[Signature]
 La Direzione aziendale

[Signature]
 La Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2018

Macrostruttura: **DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO**
 CdR: **Servizio di Psicologia**
 Direttore/Resp: **Patrizia Pugliese**

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %	
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Incremento/Mantenimento dei volumi di offerta specialistica ambulatoriale	40%		Numero primi colloqui pazienti esterni		numero	1.635	1.600	1.544			mantenimento
					Numero psicoterapie pazienti esterni		numero	3.095	3.100	2.992			
					Numero primi colloqui pazienti interni		numero	296	300	290			
					Numero psicoterapie pazienti interni		numero	277	270	261			
		Mantenimento del case-mix dell'attività specialistica			Valore Medio prestazioni esterni		numero	19				Indicatore di monitoraggio	
0%													
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi			Costo dei Farmaci Totali		numero						
					Farmaci File F		numero						
					Costo dei materiali sanitari (escl. Protesi)		numero						
					Costo Protesi		numero						
0%													
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Consolidamento DMT	40%		Garantire la presenza dei medici ai DMT di competenza (percentuale di partecipazione rilevata su report DMT)		%		80	70			
		Predisposizione delle relazioni di verifica budget			GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.)		GG		0				
	Anticorruzione e trasparenza	Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità			Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano		s/n		S				
		Qualità - Certificazione - Rischio Clinico			Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018	Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione		s/n		S			
	Adozione del Piano Rischio Clinico				Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico		s/n		S				
	Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	Rispetto Normativa Europea Cyber Security			Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Censimento dei trattamenti		s/n		S				
0%													
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS	20%		n. studi clinici		numero	1,00	2,00	2			
					valore di impact factor			4,43	4,69	4,53			
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		%			50	40		
0%													

Eventuali annotazioni:

Data:/...../2018

TOTALE Performance (%)

#RIF!

Patrizia Pugliese
 Il Direttore del CdR

[Signature]
 Il Direttore di Dipartimento

[Signature]
 La Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2018

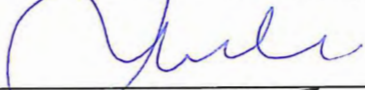
Macrostruttura: **DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE ONCOLOGICO**
 CdR: **Servizio di Psichiatria**
 Direttore/Resp: **Tonino Cantelmi**

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %	
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Incremento/Mantenimento dei volumi di offerta specialistica ambulatoriale	50%		Numero Prime visite		numero	251	250	241			mantenimneto mantenimneto Indicatore di monitoraggio
					Numero totale prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)		numero	899	900	869			
		Mantenimento del case-mix dell'attività specialistica			Valore Medio prestazioni esterni		numero	15	15				
0%													
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi			Costo dei Farmaci Totali		numero						
					Farmaci File F		numero						
					Costo dei materiali sanitari (escl. Protesi)		numero						
					Costo Protesi		numero						
0%													
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Ottimizzazione della produttività Contributo alla riorganizzazione aziendale Anticorruzione e trasparenza Qualità - Certificazione - Rischio Clinico Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	Prestazioni interne	50%		Numero prestazioni interne erogate		numero	47	0				Indicatore di monitoraggio
		Predisposizione delle relazioni di verifica budget			GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.)		GG		0	30			
		Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità			Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano		s/n			S			
		Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018			Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione		s/n			S			
		Adozione del Piano Rischio Clinico			Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico		s/n			S			
	Rispetto Normativa Europea Cyber Security		Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Censimento dei trattamenti		s/n			S					
0%													
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS			n. studi clinici		numero	n.r.	n.r.				
					valore di impact factor			0,00	0,00				
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		numero						
0%													

Eventuali annotazioni:

Data:/...../2018

TOTALE Performance (%)


 Il Direttore de PCdB
 Il Direttore di Dipartimento

La Direzione aziendale
 La Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: **DIPARTIMENTO DI RICERCA, DIAGNOSTICA AVANZATA E INNOVAZIONE TECNOLOGICA**
 Cdr: **UOSD Medicina Nucleare**
 Direttore/Resp: **Rosa Sciuto**

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %	
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività di ricovero ordinario			Numero Ricoveri Ordinari		numero	381	381	368			
		Incremento / Mantenimento del case-mix dell'attività di ricovero			Peso medio DRG Ricoveri Ordinari		numero	1,03	1,03	0,99			
		Incremento/mantenimento volumi ambulatoriali			Numero Prime visite		numero	5,042	5,000	4,825			
					Numero visite di controllo		numero	1,666	1,700	1,641			
					Numero PET		numero	4,684	4,700	4,536			
				Numero totale prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)		numero	1,524	1,500	1,448				
		Mantenimento del case-mix dell'attività specialistica			Valore Medio prestazioni esterni		numero	406					
			Numero Dimessi con DRG 467		numero	10							
							0%						
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi			Costo dei Farmaci Totali		numero	2.083.358	2.000.000	2.070.000			
					Costo dei materiali sanitari		numero	53.584	50.000	51.750			
							0%						
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale	Prestazioni interne			Numero prestazioni interne richieste		numero	10.351					
					Numero prestazioni interne erogate		numero	2.167					
	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Consolidamento DMT	Predisposizione delle relazioni di verifica budget			Garantire la presenza nel DMT di competenza - Percentuale di presenze - Dato rilevato da report DMT		%		80	70		
						GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.)		GG		0	30		
	Anticorruzione e trasparenza	Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'illegalità	Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018			Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano		s/n		S			
						Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione		s/n		S			
	Qualità - Certificazione - Rischio Clinico	Adozione del Piano Rischio Clinico	Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018			Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico		s/n		S			
					Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Censimento dei trattamenti		s/n		S				
Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	Rispetto Normativa Europea Cyber Security												
							0%						
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS			n. studi clinici		numero	2	2	2			
					valore di impact factor		numero	1,590	1,686	1,627			
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		%		50	40			
							0%						

Medicina Nucleare - Iniziato Week Hospital - Mantenimento
mantenimento
Indicatore di monitoraggio
Indicatore di monitoraggio

Indicatore di monitoraggio
Indicatore di monitoraggio

Eventuali annotazioni: ① la proporzione fra prime visite e visite di controllo potrebbe modificarsi a causa di una più appropriata collocazione in fase di prescrizione
 ② la carenza di personale amministrativo dedicato al percorso PET potrebbe influenzare il raggiungimento del Budget oltre che essere causa di disagio per l'utente -
 Data: 15/05/2018

TOTALE Performance (%)

Rosa Sciuto

Il Direttore del Cdr

Il Direttore di Dipartimento

La Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: **DIPARTIMENTO DI RICERCA, DIAGNOSTICA AVANZATA E INNOVAZIONE TECNOLOGICA**
 CdR: **UOC Radioterapia**
 Direttore/Resp: **Giuseppe Sanguinetti**

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %	
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Incremento/mantenimento volumi ambulatoriali			Numero Prime visite		numero	1.610	1.600	1.544			
					Numero visite di controllo		numero	7.867	7.900	7.624			
		Mantenimento del case-mix dell'attività specialistica			Numero totale prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)		numero	155.500	156.000	150.540			
					Valore Medio prestazioni esterni		numero	56					
Trasparenza Agende			Progetto di fattibilità interfaccia Sistema Variant con Recup Regionale in collaborazione con UOSD Informatica entro il 30/09/2018		s/n		5						
0%													
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi			Costo dei Farmaci Totali		numero	24.139	20.000	20.700			
					Costo dei materiali sanitari		numero	94.215	150.000	155.250			
0%													
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale	Prestazioni interne			Numero prestazioni interne richieste		numero	197					
					Numero prestazioni interne erogate		numero						
	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Consolidamento DMT				Garantire la presenza nei DMT di competenza - Percentuale di presenze - Dato rilevato da report DMT		%		80	70		
						Predisposizione delle relazioni di verifica budget		GG		0	30		
	Anticorruzione e trasparenza	Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità				Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano		s/n		S			
						Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018		s/n		S			
Qualità - Certificazione - Rischio Clinico	Adozione del Piano Rischio Clinico				Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico		s/n		S				
					Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Censimento dei trattamenti		s/n		S				
Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	Rispetto Normativa Europea Cyber Security												
0%													
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS			n. studi clinici		numero	3	3	3			
					valore di impact factor			61,304	64,982	62,708			
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		%		50	40,00			
0%													

Mantenimento

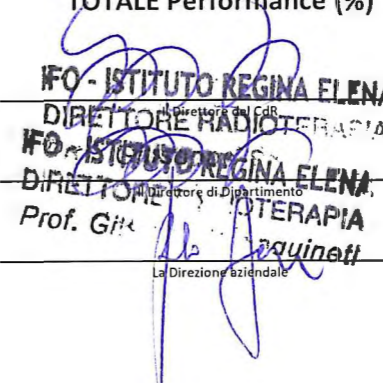
Indicatore di monitoraggio

Indicatore di monitoraggio

Eventuali annotazioni:

Data:/...../2018

TOTALE Performance (%) **#RIF!**


IFO - ISTITUTO REGINA ELENA
DIRETTORE RADIOLOGIA
IFO - ISTITUTO REGINA ELENA
DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
Prof. Giuseppe Sanguinetti
 La Direzione Aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: **DIPARTIMENTO DI RICERCA, DIAGNOSTICA AVANZATA E INNOVAZIONE TECNOLOGICA**
 CdR: **UOC Radiologia**
 Direttore/Resp: **Mauro Caterino**

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Incremento/mantenimento volumi ambulatoriali			Numero visite di controllo		numero	2.047	2.000	1.930		
					Numero totale prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche)		numero	35.401	35.400	34.161		
		Mantenimento del case-mix dell'attività specialistica			Valore Medio prestazioni esterni		numero	94				
		Radiologia interventistica			N. Prestazioni RADIOLOGIA Interventistica		numero					
		Trasparenza Agende			Agende primi accessi visibili Recup		s/n		5			
0%												
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi			Costo dei Farmaci Totali		numero	336.633	450.000	465.750		
					Costo dei materiali sanitari		numero	782.855	1.000.000	1.035.000		
					Costo Protesi		numero	8.129	8.000	8.280		
0%												
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale	Prestazioni interne			Numero prestazioni interne erogate		numero	14.169				
	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Consolidamento DMT			Garantire la presenza nei DMT di competenza - Percentuale di presenze - Dato rilevato da report DMT		%		80	70		
		Predisposizione delle relazioni di verifica budget			GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.)		GG		0	30		
		Presa in carico del Paziente Oncologico			Partecipazione al processo di estensione a tutto l'Istituto del progetto di 'Presa in carico del Paziente' secondo le tempistiche e le funzioni definite dal progetto - Verifica su relazione finale Responsabile Progetto		s/n		S			
	Anticorruzione e trasparenza	Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità			Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano		s/n		S			
	Qualità - Certificazione - Rischio Clinico	Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018			Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione		s/n		S			
		Adozione del Piano Rischio Clinico			Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico		s/n		S			
Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	Rispetto Normativa Europea Cyber Security			Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Censimento dei trattamenti		s/n		S				
0%												
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS			n. studi clinici		numero	1	1	1		
					valore di impact factor		%	28,151	29,840	28,795		
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		%		50	40,00		
0%												

mantenimento

Indicatore di monitoraggio

Indicatore di monitoraggio

Radio Farmaci

Interventistica

Indicatore di monitoraggio

Indicatore di monitoraggio

Eventuali annotazioni:

Data: 22/5/2018

TOTALE Performance (%) #RIF!

Mauro Caterino
 Il Direttore del CdR

Mauro Caterino
 Il Direttore di Dipartimento

Mauro Caterino
 La Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: **DIPARTIMENTO DI RICERCA, DIAGNOSTICA AVANZATA E INNOVAZIONE TECNOLOGICA**
 CdR: **UOC Anatomia Patologica**
 Direttore/Resp: **Edoardo Pescarmona**

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %	
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Incremento/mantenimento volumi ambulatoriali			Numero indagini di laboratorio		numero	20.810	20.900	20.169			
					Numero totale prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)		numero	852	850	820			
		Mantenimento del case-mix dell'attività specialistica			Valore Medio prestazioni esterni		numero	50					
0%													
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi			Costo dei Farmaci Totali		numero	832	800	828			
					Costo dei materiali sanitari		numero	775.188	800.000	828.000			
0%													
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale	Prestazioni interne			Numero prestazioni interne erogate		numero	21.259					
		Efficientamento processi di refertazione e consegna referti per interni/esterni			Predisposizione in collaborazione con Ditrar Piano attività Integrato Medici-Tecnici con carichi di lavoro - Invio a DS entro giugno 2018		s/n		S				
					Tempi di refertazione 80° percentile Istologici per esterni		GG	13	9	10			
					Tempi di refertazione 80° percentile Campioni operatori		GG	15	13	14			
					Tempi di refertazione 80° percentile Citologici		GG	11	8	9			
				Tempo massimo attesa calcolato su un tempo di 90 gg (Sono da escludere esami su campioni ossei)		GG			30	31			
	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Presenza Anatomo Patologo B.O.			Studio di fattibilità per presenza Anatomo Patologo in Blocco Operatorio entro giugno 2018		s/n		S				
		Posta Pneumatica			Relazione a DS su utilizzo e vantaggi Posta Pneumatica entro giugno 2018		s/n		-S				
		Consolidamento DMT			Garantire la presenza nei DMT di competenza - Percentuale di presenze - Dato rilevato da report DMT		%		80	70			
	Anticorruzione e trasparenza	Predisposizione delle relazioni di verifica budget			GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.)		GG		0	30			
		Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità			Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano		s/n		S				
	Qualità - Certificazione - Rischio Clinico	Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018			Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione		s/n		S				
		Adozione del Piano Rischio Clinico			Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico		s/n		S				
Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	Rispetto Normativa Europea Cyber Security			Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Censimento dei trattamenti		s/n		S					
0%													
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS			n. studi clinici		numero	1	1	1			
					valore di impact factor			216,059	229,023	221,007			
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		%			50			
0%													

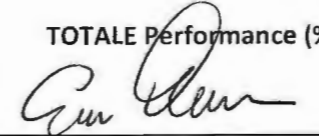
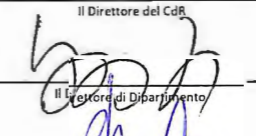
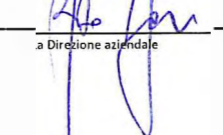
Mantenimento
 Indicatore di monitoraggio

Indicatore di monitoraggio

Indicatori specifici per Anatomia Patologica ed Istopatologia non solo tempi medi sul 80% percentile ma anche limite massimo giorni di attesa - Monitoraggi mensili

Eventuali annotazioni:

Data:/...../2018

TOTALE Performance (%) #RIF!

 Il Direttore del CdR

 Il Direttore di Dipartimento

 a Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: **DIPARTIMENTO DI RICERCA, DIAGNOSTICA AVANZATA E INNOVAZIONE TECNOLOGICA**
 CdR: **UOSD Patologia Clinica**
 Direttore/Resp: **Laura Conti**

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %	
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Incremento/mantenimento volumi ambulatoriali			Numero Prime visite		numero	269	270	261			
					Numero visite di controllo		numero	410	400	386			
		Mantenimento del case-mix dell'attività specialistica				Numero indagini di laboratorio		numero	525.396	525.000	506.625		
						Valore Medio prestazioni esterne		numero	6				
0%													
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività,			Costo dei Farmaci Totali		numero	199	200	207			
					Costo dei materiali sanitari		numero	1.562.338	1.500.000	1.552.500			
0%													
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale	Prestazioni interne			Numero prestazioni interne erogate		numero	468.782					
					Relazione congiunta tra i due laboratori (IRE - I5G) profili diagnostici predisposti con le UO Chirurgiche entro il 30/09/2018		s/n		S				
	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Consolidamento DMT	Malattie Rare			Garantire la presenza nei DMT di competenza - Percentuale di presenze - Dato rilevato da report DMT		%		80	70		
						Proposta di implementazione Diagnostica a supporto Malattie Rare entro il 31/06/2018		s/n		S			
						GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.)		GG		0	30		
	Anticorruzione e trasparenza	Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità				Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano		s/n		S			
						Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018		s/n		S			
	Qualità - Certificazione - Rischio Clinico	Adozione del Piano Rischio Clinico				Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico		s/n		S			
Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati						Rispetto Normativa Europea Cyber Security		s/n		S			
0%													
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS			n. studi clinici		numero	0	0				
					valore di impact factor		numero	46,023	48,784	47,077			
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		%		50	40,00			
0%													

MANTENIMENTO
Indicatore di monitoraggio

Indicatore di monitoraggio

Eventuali annotazioni:
 Numero visite Ambulatorio Emostasi e Trombosi: è possibile che si verifichi una riduzione dei volumi delle visite a causa del prossimo pensionamento di 1 unità.
 Valore di impact factor: si precisa che il risultato riportato per l'anno 2017 è la media del triennio precedente e pertanto si ritiene che il 2018 sarà valutato come l'anno precedente

Data:/...../2018

TOTALE Performance (%)

Laura Conti
 Direttore del CdR

[Signature]
 Il Direttore del Dipartimento

[Signature]
 La Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: **DIPARTIMENTO DI RICERCA, DIAGNOSTICA AVANZATA E INNOVAZIONE TECNOLOGICA**
 CdR: **UOSD Laboratorio di Fisica Medica e Sistemi Esperti**
 Direttore/Resp: **Lidia Strigari**

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Attività di Dosimetria			n. di studi dosimetrici.		numero		60	58		
		Piani trattamento			Piani di Trattamento elaborati nei limiti di tempo concordati		%		90	87		
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale	Messa a regime pianificazione per tutti i pazienti trattati con radioterapia anche in vista dell'incremento delle richieste della RT			n. piani effettuati / n. piani richiesti		%		100	90		
	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Consolidamento DMT			Garantire la presenza nei DMT di competenza - Percentuale di presenze - Dato rilevato da report DMT		%		80	70		
		Predisposizione delle relazioni di verifica budget			GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.)		GG		0	30		
	Anticorruzione e trasparenza	Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità			Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano		s/n		S			
	Qualità - Certificazione - Rischio Clinico	Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018			Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione		s/n		S			
		Adozione del Piano Rischio Clinico			Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico		s/n		S			
Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	Rispetto Normativa Europea Cyber Security			Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Censimento dei trattamenti		s/n		S				
								0%				
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS			n. studi clinici		numero	0,67	1,00	1		
					valore di impact factor			76,641	81,240	77,178		
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		%			50	40	
								0%				

Eventuali annotazioni:
 si segnala che la predisposizione dei piani è su richiesta in base alle esigenze del giorno specifico.

Data:/...../2018

TOTALE Performance (%) #RIFI



 Il Direttore del CdR



 Il Direttore di Dipartimento



 La Direzione Aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: **DIPARTIMENTO DI RICERCA, DIAGNOSTICA AVANZATA E INNOVAZIONE TECNOLOGICA**
 CdR: **Servizio di Immunoematologia a e Medicina Trasfusionale**
 Direttore/Resp: **Laura Foddai**

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Incremento/mantenimento volumi ambulatoriali			Numero Prime visite		numero	187	190	183		
					Numero visite di controllo		numero	1.017	1.000	965		
					Numero indagini di laboratorio		numero	3.320	3.300	3.185		
					Numero totale prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)		numero	859	860	830		
			Mantenimento del case-mix dell'attività specialistica			Valore Medio prestazioni esterni		numero	26			
0%												
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi			Costo dei Farmaci Totali		numero	62.746	63.000	65.205		
					Costo dei materiali sanitari		numero	398.778	400.000	414.000		
0%												
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale	Miglioramento dei livelli di efficienza			Numero prestazioni interne richieste		numero	17.515				
					Numero prestazioni interne erogate		numero	42.885				
					Predisposizione programma annuale raccolta sangue		s/n		S			
	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Sviluppo PDTA dell'Istituto			Realizzazione programma annuale raccolta sangue - Relazione a DS entro gennaio 2019		s/n		S			
					Collaborare con Responsabile del Percorso alla attivazione/revisione - PDTA Porfirie		s/n		S			
					GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.)		GG		0			
					Revisone Comitato COBUS secondo quanto previsto da DCA U00031/2018		s/n		S			
	Anticorruzione e trasparenza	Utilizzo emocomponenti			Invio a DS entro giugno 2018 Procedura per richiesta urgente notturna e festiva emocomponenti		s/n		S			
					Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità		s/n		S			
	Qualità - Certificazione - Rischio Clinico	Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018			Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano		s/n		S			
					Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione		s/n		S			
					Assicurare il buon esito della verifica ispettiva regionale		s/n		S			
	Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	Sicurezza trasfusionale			N. 3 Audit su sicurezza trasfusionale in collaborazione con Rischio Clinico e Qualità		s/n		S			
					Adozione del Piano Rischio Clinico		s/n		S			
			Rispetto Normativa Europea Cyber Security				s/n		S			
0%												
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS			n. studi clinici		numero					
					valore di impact factor							
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		numero					
0%												

Mantenimento - Visite su donatori e pazienti

Indicatore di monitoraggio

Gara materiale aferesi in corso + 20.000

Indicatore di monitoraggio - prestazioni richieste per donatori

Eventuali annotazioni:

Data:/...../2018

TOTALE Performance (%)

Laura Foddai
 Il Direttore del CdR

[Signature]
 Il Direttore di Dipartimento

[Signature]
 La Direzione Aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: **DIPARTIMENTO DI RICERCA, DIAGNOSTICA AVANZATA E INNOVAZIONE TECNOLOGICA**
 CdR: **UOSD SAFU**
 Direttore/Resp: **Maurizio Fanciulli**

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. Ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	Storico (media 2015/2016/2017)	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS	85%	1-a	n. studi clinici		numero	0,67	1	0		
				1-b	valore di impact factor		numero	113	120	72		
				1-c	capacità di attrazione: n. grant		numero	5	5	3		
				1-d	capacità di attrazione: finanziamenti da grant		euro	265000	265.000	159000		
				1-e	supporto biostatistico alle attività di ricerca clinica		0/1	N.A.	N.A.	N.A.		
				1-f	pieno utilizzo piattaforma smart		%	N.A.	50	30		
						100%						
GOVERNO DELLE PROCEDURE DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Predisposizione delle relazioni di verifica e programmazione delle attività (secondo modelli che saranno indicati dall'Amministrazione e con opportuni livelli di completezza); a. Piano progettuale 2019, entro il 31.12.2018. b. Relazione annuale progetti di ricerca entro il 31/1/2019	15%	2-a	GG di ritardo nella trasmissione del Piano Progettuale 2019	50%	numero		0	30		
				2-b	GG di ritardo nella trasmissione della Relazione annuale progetti di ricerca	50%	numero		0	30		
						100%						
TOTALE Performance (%)											#RIF!	

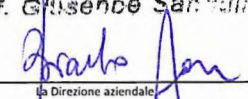
Eventuali annotazioni:

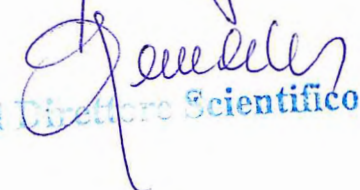
N/A = Non applicabile

Data:


 Il Direttore del CdR

IFO - ISTITUTO REGINA ELENA
DIREZIONE RADIOTERAPIA
 Prof. Giuseppe Santarini


 la Direzione aziendale


Il Direttore Scientifico

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: **DIPARTIMENTO DI RICERCA, DIAGNOSTICA AVANZATA E INNOVAZIONE TECNOLOGICA**
 CdR: **UOSD Modelli Preclinici e nuovi agenti terapeutici**
 Direttore/Resp: **Anna Bagnato**

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. Ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	Storico (media 2015/2016/2017)	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	85%	1-a	n. studi clinici		numero	1	1	0		
				1-b	valore di impact factor		numero	59	63	38		
				1-c	capacità di attrazione: n. grant		numero	7	7	4		
				1-d	capacità di attrazione: finanziamenti da grant		euro	482000	482.000	289000		
				1-e	supporto biostatistico alle attività di ricerca clinica		0/1	N.A.	N.A.	N.A.		
				1-f	pieno utilizzo piattaforma smart		%	N.A.	50	30		
										100%		
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Predisposizione delle relazioni di verifica e programmazione delle attività (secondo modelli che saranno indicati dall'Amministrazione e con opportuni livelli di completezza): a. Piano progettuale 2019, entro il 31.12.2018. b. Relazione annuale progetti di ricerca entro il 31/1/2019	15%	2-a	GG di ritardo nella trasmissione del Piano Progettuale 2019	50%	numero		0	30		
				2-b	GG di ritardo nella trasmissione della Relazione annuale progetti di ricerca	50%	numero		0	30		
										100%		
TOTALE Performance (%)											#RIF!	

Eventuali annotazioni:

N/A = Non applicabile

Data:

Anna Bagnato
 Il Direttore del CdR

ISTITUTO REGINA ELENA
 DIREZIONE FONDAMENTALE TERAPIA
 Cas. Casende Sanquinedo

Frank...
 La Direzione aziendale

Gabriele...
 Il Direttore Scientifico

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: **DIPARTIMENTO DI RICERCA, DIAGNOSTICA AVANZATA E INNOVAZIONE TECNOLOGICA**
 CdR: **UOSD Oncogenomica e Epigenetica**
 Direttore/Resp: **Giovanni Blandino**

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	Storico (media 2015/2016/2017)	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	85%	1-a	n. studi clinici		numero	2	2	1		
				1-b	valore di impact factor		numero	158	168	100		
				1-c	capacità di attrazione: n. grant		numero	13	13	8		
				1-d	capacità di attrazione: finanziamenti da grant		euro	950000	950.000	570000		
				1-e	supporto biostatistico alle attività di ricerca clinica		0/1	N.A	N.A	N.A		
				1-f	pieno utilizzo piattaforma smart		%	N.A.	50	30		
							100%					
GOVERNO DELLE PROCEDURE DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Predisposizione delle relazioni di verifica e programmazione delle attività (secondo modelli che saranno indicati dall'Amministrazione e con opportuni livelli di completezza): a. Piano progettuale 2019, entro il 31.12.2018. b. Relazione annuale progetti di ricerca entro il 31/1/2019	15%	2-a	GG di ritardo nella trasmissione del Piano Progettuale 2019	50%	numero		0	30		
				2-b	GG di ritardo nella trasmissione della Relazione annuale progetti di ricerca	50%	numero		0	30		
							100%					

Eventuali annotazioni:

N/A = Non applicabile

Data:

TOTALE Performance (%)

**IL RESPONSABILE UOSD
ONCOGENOMICA e EPIGENETICA**

Giovanni Blandino
Dr. Giovanni Blandino

Il Direttore del CdR

**IRPO - ISTITUTO REGINA EL ENA
DIRETTORE RADIOTERAPIA**

Giovanni Blandino
Il Direttore di Dipartimento

Fed. Jov.
La Direzione aziendale

Giovanni Blandino
Il Direttore Scientifico

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: **DIPARTIMENTO DI RICERCA, DIAGNOSTICA AVANZATA E INNOVAZIONE TECNOLOGICA**
 CdR: **UOSD Network cellulari e bersagli terapeutici molecolari**
 Direttore/Resp: **Silvia Soddu**

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	Storico (media 2015/2016/2017)	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	85%	1-a	n. studi clinici		numero	0	1	0		
				1-b	valore di impact factor		numero	82	87	52		
				1-c	capacità di attrazione: n. grant		numero	2	2	1		
				1-d	capacità di attrazione: finanziamenti da grant		euro	227000	227.000	136200		
				1-e	supporto biostatistico alle attivita' di ricerca clinica		0/1	N.A.	N.A.	N.A.		
				1-f	pieno utilizzo piattaforma smart		%	N.A.	50	30		
										100%		
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Predisposizione delle relazioni di verifica e programmazione delle attività (secondo modelli che saranno indicati dall'Amministrazione e con opportuni livelli di completezza): a. Piano progettuale 2019, entro il 31.12.2018. b. Relazione annuale progetti di ricerca entro il 31/1/2019	15%	2-a	GG di ritardo nella trasmissione del Piano Progettuale 2019	50%	numero		0	30		
				2-b	GG di ritardo nella trasmissione della Relazione annuale progetti di ricerca	50%	numero		0	30		
						100%						
TOTALE Performance (%)												

Eventuali annotazioni:

N/A = Non applicabile

Data:

4/5/2018

Dr.ssa Silvia Soddu
Responsabile UOSD

UOSD Network cellulari e bersagli terapeutici molecolari

Il Direttore del CdR

IFO - ISTITUTO REGINA ELENA
DIRETTORE RADIOTERAPIA

Il Direttore di Dipartimento

La Direzione aziendale

Il Direttore Scientifico

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: **DIPARTIMENTO DI RICERCA, DIAGNOSTICA AVANZATA E INNOVAZIONE TECNOLOGICA**
 CdR: **UOSD Immunologia e Immunoterapia dei Tumori**
 Direttore/Resp: **Paola Nisticò**

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. Ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	Storico (media 2015/2016/2017)	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	85%	1-a	n. studi clinici		numero	1	1	0		
				1-b	valore di impact factor		numero	73	78	47		
				1-c	capacità di attrazione: n. grant		numero	4	4	2		
				1-d	capacità di attrazione: finanziamenti da grant		euro	429000	429.000	257000		
				1-e	supporto biostatistico alle attività di ricerca clinica		0/1	N.A.	N.A.	N.A.		
				1-f	pieno utilizzo piattaforma smart		%	N.A.	50	30		
										100%		
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Predisposizione delle relazioni di verifica e programmazione delle attività (secondo modelli che saranno indicati dall'Amministrazione e con opportuni livelli di completezza): a. Piano progettuale 2019, entro il 31.12.2018. b. Relazione annuale progetti di ricerca entro il 31/1/2019	15%	2-a	GG di ritardo nella trasmissione del Piano Progettuale 2019	50%	numero		0	30		
				2-b	GG di ritardo nella trasmissione della Relazione annuale progetti di ricerca	50%	numero		0	30		
										100%		
TOTALE Performance (%)												

Eventuali annotazioni:

N/A = Non applicabile

Data: *3 Maggio 2018*

Paola Nisticò
Dr.ssa Paola Nisticò
 Responsabile UOSD
 "Immunologia e Immunoterapia dei Tumori"
 Istituto Nazionale Tumori Regina Elena
IFO - ISTITUTO REGINA ELENA
 DIREZIONE PADIOTERAPIA
 Prof. Giuseppe Sanquineti
Paola Nisticò
 La Direzione aziendale
Il Direttore Scientifico

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: DIPARTIMENTO DI RICERCA, DIAGNOSTICA AVANZATA E INNOVAZIONE TECNOLOGICA (afferenza a Direzione Scientifica IRE)
 CdR: Servizio di Epidemiologia e Registro Tumori
 Responsabile: Dott. Valerio Ramazzotti

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. Ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	Storico (2017)	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Risultato conseguito (effettivo o stima)	Analisi conseguimento obiettivo (e eventuale indicazione di documentazione di riferimento)
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Qualità	a. Raggiungimento dei livelli informativi previsti dalla certificazione OECD.	85%	1-a	Percentuale di Implementazione della piattaforma Informatica del registro tumori clinico IFO. Formazione ed addestramento operativo del personale addetto alla registrazione	35%	percentuale	35	45	40		
		b. Adempimento alla normativa regionale per il registro tumori di popolazione della regione Lazio.		1-b	Percentuale di Implementazione della piattaforma Informatica del Registro Tumori di Popolazione della regione Lazio (in collaborazione con il Dipartimento di Epidemiologia della regione Lazio). Formazione ed addestramento operativo del personale addetto alla registrazione	40%	percentuale	35	45	40		
		c. Analisi e interpretazione dei risultati di esito negli IFO dei programmi regionali e nazionali.		1-c	Numero report e fasi di audit interno.	5%	numero	9	7	3		
	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Predisposizione delle relazioni di verifica e programmazione delle attività (secondo modelli che saranno indicati dall'Amministrazione e con opportuni livelli di completezza): a. Piano progettuale 2019, entro il 31.12.2018. b. Relazione annuale sulla gestione ed i livelli di performance del CdR, entro il 28.02.2019.	1-d	GG di ritardo nella trasmissione del Piano Progettuale 2019	10%	GG	*	0	30			
			1-e	GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione ed i livelli di performance del CdR	10%	GG	0	0	30			
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	a. Ricerca	15%	2-a	Impact Factor	60%	numero	5	6	4		
		b. Aggiornamento professionale		2-b	Numero organizzazione/partecipazione come relatori/docenti di eventi e corsi formativi	40%	numero	7	5	3		

Eventuali annotazioni:

- * Modello per Piano Progettuale 2018 non pervenuto.
- 1 Dirigente Medico sarà collocato a riposo dal 01.04.2018. I parametri previsti dalla Dipartimento di Epidemiologia della regione Lazio prevedono per le attività di rilevazione/codifica dei casi 3 operatori presso la Unità Funzionale IRE del Registro Tumori di Popolazione del Lazio. Attualmente è attiva una sola operatrice.
- Il Registro Tumori IFO necessita di almeno 3 operatori a tempo pieno per le attività di rilevazione e codifica. Attualmente sono attive 2 operatrici a tempo parziale.

Data: ___/___/2018

TOTALE Performance (%) #RIF!

Valerio Ramazzotti
Il Responsabile del Servizio

IFO - ISTITUTO REGINA ELENA
La Direzione di Dipartimento
DIRETTORE RADIOTERAPIA

Forciniti
La Direzione aziendale
Il Direttore Scientifico

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: **DIPARTIMENTO DI RICERCA, DIAGNOSTICA AVANZATA E INNOVAZIONE TECNOLOGICA**
 CdR: **UOS Biostatistica Bioinformatica**
 Direttore/Resp:

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	Storico (media 2015/2016/2017)	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	85%	1-a	n. studi clinici		numero	0	1	1		
				1-b	valore di impact factor		numero	216	229	172		
				1-c	capacità di attrazione: n. grant		numero	0	0	0		
				1-d	capacità di attrazione: finanziamenti da grant		euro	0	0	0		
				1-e	supporto biostatistico alle attività di ricerca clinica		0/1	33	35	26		
				1-f	pieno utilizzo piattaforma smart		%	N/A	50%	30%		
						100%						

GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Predisposizione delle relazioni di verifica e programmazione delle attività (secondo modelli che saranno indicati dall'Amministrazione e con opportuni livelli di completezza): a. Piano progettuale 2019, entro il 31.12.2018. b. Relazione annuale progetti di ricerca entro il 31/1/2019	15%	2-a	GG di ritardo nella trasmissione del Piano Progettuale 2019	50%	numero		0	30		
				2-b	GG di ritardo nella trasmissione della Relazione annuale progetti di ricerca	50%	numero		0	30		
						100%						

TOTALE Performance (%)

Eventuali annotazioni:

N/A = Non applicabile


Il Direttore del CdR

Data:

Il Direttore di Dipartimento

 Il Direttore di Dipartimento

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: **DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA**
 CdR: **Dermatologia Clinica**
 Direttore/Resp:

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %			
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività di ricovero ordinario e di giorno (Incrementi selettivi in Chirurgia)			Numero Ricoveri Ordinari		numero	10					Monitoraggio		
					Numero Ricoveri DH/DS		numero	65	70	68			Mantenimento		
		Incremento / Mantenimento del case-mix dell'attività di ricovero			Peso medio DRG Ricoveri Ordinari		numero	1,13							
					Peso medio DRG Ricoveri DH/DS		numero	1,00	1,00	0,97					
		Incremento/mantenimento spazi ambulatoriali dedicati alle visite			Numero Prime visite		numero	33.388	30.000	28.950				Riduzione Visite accesso diretto	
					Numero visite di controllo		numero	11.469	10.000	9.650					
		Incremento/Mantenimento dei volumi di offerta specialistica ambulatoriale			Numero indagini di laboratorio		numero	655	700	676					Mantenimento
					Numero totale prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)		numero	18.771	18.800	18.142					
		Mantenimento del case-mix dell'attività specialistica			Valore Medio prestazioni esterni		numero	17							Indicatore di monitoraggio
		0%													
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi			Costo dei Farmaci Totali		numero	3.089.669	3.100.000	3.208.500					
					Farmaci File F		numero	2.988.847	2.958.043	3.061.575					
					Costo dei materiali sanitari (escl. Protesi)		numero	31.678	35.000	36.225					
0%															
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale	Prestazioni Interne			Numero prestazioni interne richieste		numero	4356					Indicatore di monitoraggio		
		Pacchetti ambulatoriali prestazioni complesse			Proposta pacchetti per casistica dermatologica complessa, invio a DS entro giugno 2018		s/n		S						
		Rispetto tempistiche debiti informativi			Rad non inviabili per eccessivo ritardo		numero		0	1					
	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Centro Malattie Rare				Percentuale casi registrati su portale		%		100	90				
		Consolidamento DMT				Relazione annuale attività - Inviare relazione a DS entro 31/01/2019		s/n		S					
		Predisposizione delle relazioni di verifica budget				Garantire la presenza dei medici ai DMT di competenza (percentuale di partecipazione rilevata su report DMT)		%		80	70				
		Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità				GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.)		GG		0	30				
	Anticorruzione e trasparenza	Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018				Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano		s/n		S					
	Qualità - Certificazione - Rischio Clinico	Adozione del Piano Rischio Clinico				Realizzare azioni specifiche previste dai percorsi di certificazione		s/n		S					
		Rispetto Normativa Europea Cyber Security				Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico		s/n		S					
Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	Rispetto Normativa Europea Cyber Security				Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Censimento dei trattamenti		s/n		S						
0%															
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS			n. studi clinici		numero	4	3	3					
					valore di impact factor			45,00	45,00	43,43					
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		%		50	40,00					
0%															

Eventuali annotazioni:

Prevista una riorganizzazione delle Agende entro Maggio		
Malattie Rare:	RCG101	DEFICIENZA DI ZINCO
	RL0030	PEMFIGO
	RL0040	PEMFIGOIDE BOLLOSO
	RL0070	SINDROME DI MICHELIN TIRE BABY
	RL0090	PIODERMA GANGRENOSO
	RNG151	SINDROME CON DISPLASIA ECTODERMICA
	RNG130	CHERATODERMA
	RM0121	SINDROME DI SAPHO

** con riserva di aumento di spese per tempore fu malattie rare*

TOTALE Performance (%)

#RIF!

[Signature]
 Il Direttore del CdR

[Signature]
 Il Direttore di Dipartimento

[Signature]
 La Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2018

Macrostruttura: DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA
 CdR: UOSD Chirurgia Plastica ad Indirizzo Dermatologico e Rigenerativo
 Direttore/Resp: Emilia Migliano

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %			
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività di ricovero ordinario e di diurno (Incrementi selettivi in Chirurgia)			Numero Ricoveri Ordinari		numero	231	230	222			mantenimento		
					Numero Ricoveri DH/DS		numero	1.061	1.360	1.312			Incremento di circa 300 ricoveri sulla base 2017		
		Incremento / Mantenimento del case-mix dell'attività di ricovero			Peso medio DRG Ricoveri Ordinari		numero	1,34	1,34	1					
					Peso medio DRG Ricoveri DH/DS		numero	1,12	1,12	1					
		Incremento/mantenimento spazi ambulatoriali dedicati alle visite			Numero Prime visite		numero	3.785	3.800	3.667					Incremento 2%
					Numero visite di controllo		numero	119	120	116					
		Incremento/Mantenimento dei volumi di offerta specialistica ambulatoriale			Numero totale prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)		numero	3.922	3.900	3.764					
					Valore Medio prestazioni esterni		numero	94							
		Mantenimento del case-mix dell'attività specialistica			Numero Dimessi ordinari con DRG a rischio inappropriatazza		numero	12	8	9					Numero di ricoveri ordinari con DRG incluso nella lista inappropriati secondo normativa vigente
					Numero Dimessi con DRG 467		numero	32							Indicatore di monitoraggio
		Riduzione dell'inappropriatezza nella degenza			N. SDO scartate+valorizzate 0 (DH DS)		numero	6	3	3					Numero di ricoveri scartati in fase di accettazione o valorizzati a 0
					Chirurgia Ambulatoriale - N° APA previsti da nomenclatore regionale		numero	1.400	1.480	1.428					
								0%							
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi			Costo dei Farmaci Totali		numero	14.529	16.000	16.560					
					Costo dei materiali sanitari (escl. Protesi)		numero	153.684	160.000	165.600					
					Costo Protesi		numero	6.542	6.000	6.210					
								0%							
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale	Prestazioni interne			Numero prestazioni interne richieste		numero	32106					Indicatore di monitoraggio		
		Appropriatezza della richiesta esami di laboratorio			Definire in collaborazione con UOSD Patologia Clinica e UOSD Patologia Clinica e Microbiologia due profili: 1) Pre-operatorio 2) Post-operatorio entro settembre 2018		s/n		S						
		Miglioramento dei livelli di efficienza: degenza media preoperatoria, degenza media			Indice di operatività chirurgica		%	95,24%						Indicatore di monitoraggio	
					Indice di operatività chirurgica DH DS		%	96,14%						Indicatore di monitoraggio	
		Rispetto tempistiche debiti informativi			Degenza media preoperatoria		GG	0,49	0,49	0,51					
					Degenza media		GG	2,18	2,18	2,26					
	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Consolidamento DMT			Rad non inviabili per eccessivo ritardo		numero		0	1					
					Garantire la presenza dei medici ai DMT di competenza (percentuale di partecipazione rilevata su report DMT)		%		80	70					
		Monitoraggio 'spazi operatori'			Percentuale di piani operatori inviati a BO nei tempi definiti		%								
		Predisposizione delle relazioni di verifica budget			GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.)		GG		0	30					
		Anticorruzione e trasparenza			Rispetto degli adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità		s/n		S						
					Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018		s/n		S						
Qualità - Certificazione - Rischio Clinico			Realizzare azioni specifiche previste dai percorsi di certificazione		s/n		S								
			Adozione del Piano Rischio Clinico		s/n		S								
Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati			Rispetto Normativa Europea Cyber Security		s/n		S					Indicatore di monitoraggio			
								0%							
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS			n. studi clinici		numero	4	2	2					
					valore di impact factor			23,00	11,00	10,62					
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		numero		50	40					
								0%							

Eventuali annotazioni:

SI FA PRESENTE CHE DAL MESE DI APRILE UNA UNITA' MEDICA E' IN ASPETTATIVA PER 6 MESI, ELEMENTO NON NOTO AL MOMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE

Data:/...../2018

TOTALE Performance (%)

Emilia Migliano
 Il Direttore del CdR

Emilia Migliano
 Il Direttore di Dipartimento

Emilia Migliano
 la Direzione Aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: **DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA**
 CdR: **UOSD Radiologia ad indirizzo dermatologico**
 Direttore/Resp: **Francesco Maria Solivetti**

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. Ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %	
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Incremento/Mantenimento dei volumi di offerta specialistica ambulatoriale			Numero totale prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)		numero	9.935	10.000	9.650			mantenimento Indicatore di monitoraggio
		Mantenimento del case-mix dell'attività specialistica			Valore Medio prestazioni esterni		numero	48					
								0%					
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi			Costo dei Farmaci Totali		numero	24.923	25.000	25.875			
					Costo dei materiali sanitari (escl. Protesi)		numero	3.848	4.000	4.140			
								0%					
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale	Prestazioni interne			Numero prestazioni interne erogate		numero	403					Indicatore di monitoraggio
	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Consolidamento DMT			Garantire la presenza nei DMT di competenza - Percentuale di presenze - Dato rilevato da report DMT		%		80	70			
		Predisposizione delle relazioni di verifica budget			GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.)		GG		0	30			
	Anticorruzione e trasparenza	Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità			Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano		s/n		5				
	Qualità - Certificazione - Rischio Clinico	Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018			Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione		s/n		5				
		Adozione del Piano Rischio Clinico			Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico		s/n		5				
Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	Rispetto Normativa Europea Cyber Security			Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Censimento dei trattamenti		s/n		5					
								0%					
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS			n. studi clinici		numero	2	1	1			
					valore di impact factor			12,00	9,00	8,69			
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		numero		50	40			
								0%					

Eventuali annotazioni:

Data:/...../2018

H/B: se non risolve il problema degli ecografi met brevissimo, non sono possibile mantenere le future - Lo stem vale x le pubblicone, in cui i mark afforech. promem controllo nei refere.

FM

TOTAL Performance (%) #RIF!

FM

 Il Direttore del CdR
Francesco Maria Solivetti

 Il Direttore di Dipartimento

 La Direzione aziendale
FM

 La Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: **DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA**
 CdR: **UOSD Dermatologia MST, Ambientale Tropicale e Immigrazione**
 Direttore/Resp: **Antonio Cristaudo**

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %	
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività di ricovero ordinario e di diurno (Incrementi selettivi in Chirurgia)			Numero Ricoveri DH/DS		numero	74	74	71			mantenimento
		Incremento / Mantenimento del case-mix dell'attività di ricovero			Peso medio DRG Ricoveri DH/DS		numero	1,08	1,08	1,04			
		Incremento/mantenimento spazi ambulatoriali dedicati alle visite			Numero Prime visite		numero	3.698	3.700	3.571			
		Incremento/Mantenimento dei volumi di offerta specialistica ambulatoriale			Numero visite di controllo		numero	5.807	5.800	5.597			
		Mantenimento del case-mix dell'attività specialistica			Numero indagini di laboratorio		numero	1.448	1.500	1.448			
					Numero totale prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)		numero	9.456	9.500	9.168			
					Valore Medio prestazioni esterni		numero	18					Indicatore di monitoraggio
0%													
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi			Costo dei Farmaci Totali		numero	3.389.986	3.326.847	3.443.287			Indicatore di monitoraggio
					Farmaci File F		numero	3.138.982	3.326.847	3.443.287			
					Costo dei materiali sanitari (escl. Protesi)		numero	22.470	22.000	22.770			
0%													
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale	Prestazioni Interne			Numero prestazioni interne richieste		numero	3250					Indicatore di monitoraggio
		Pacchetti ambulatoriali prestazioni complesse			Proposta pacchetti per casistica dermatologica infiammatoria complessa, invio a DS entro giugno 2018		s/n		S				
		Rispetto tempistiche debiti informativi			Rad non inviabili per eccessivo ritardo		numero		0				
	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Centro Malattie Rare			Percentuale casi registrati su portale		%		100	90			
		Predisposizione delle relazioni di verifica budget			Relazione annuale attività - Inviare relazione a DS entro 31/01/2019		s/n		S				
	Anticorruzione e trasparenza	Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità			GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.)		GG		0	30			
		Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano			Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione		s/n		S				
	Qualità - Certificazione - Rischio Clinico	Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018			Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico		s/n		S				
		Adozione del Piano Rischio Clinico			Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Censimento dei trattamenti		s/n		S				
	Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	Rispetto Normativa Europea Cyber Security											
0%													
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS			n. studi clinici		numero	4	3	3			Indicatore di monitoraggio
					valore di impact factor			94,20	67,00	64,66			
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		numero			50	40		
0%													

Eventuali annotazioni:

Malattie Rare:	RL0060	LICHEN SCLEROSUS
	RM0010	DERMATOMIOSITE
	RM0030	CONNETTIVITE MISTA
	RM0120	SCLEROSI SISTEMICA
	RL0080	SCLEROSI DIFFUSA

Data:/...../2018

TOTALE Performance (%) #RIF!

Antonio Cristaudo
Il Direttore del CdR

Antonio Cristaudo
Il Direttore di Dipartimento

Antonio Cristaudo
La Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: **DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA**
 CdR: **UOSD Porfirie e Malattie Rare**
 Direttore/Resp: **Giovanni Leone**

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Incremento/mantenimento spazi ambulatoriali dedicati alle visite			Numero Prime visite		numero	322	330	318		
					Numero visite di controllo		numero	620	620	598		
		Incremento/Mantenimento dei volumi di offerta specialistica ambulatoriale			Numero indagini di laboratorio		numero	6.045	6.000	5.790		
					Numero totale prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)		numero	1.258	1.300	1.255		
		Mantenimento del case-mix dell'attività specialistica			Valore Medio prestazioni esterni		numero	20				
0%												
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi			Costo dei Farmaci Totali		numero	37.151	366.000	378.810		
					Farmaci File F		numero		366.000	378.810		
					Costo dei materiali sanitari (escl. Protesi)		numero	36.558	37.000	38.295		
0%												
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Centro Malattie Rare			Percentuale casi registrati su portale		%		100	90		
					Relazione annuale attività - Inviare relazione a DS entro 31/01/2019		s/n		S			
		Sviluppo PDTA dell'Istituto			Revisione PDTA Porfirie		s/n		S			
		Predisposizione delle relazioni di verifica budget			GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.)		GG		0	30		
	Anticorruzione e trasparenza	Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità			Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano		s/n		S			
		Qualità - Certificazione - Rischio Clinico	Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018			Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione		s/n		S		
	Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	Rispetto Normativa Europea Cyber Security	Adozione del Piano Rischio Clinico			Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico		s/n		S		
			Rispetto Normativa Europea Cyber Security			Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Censimento dei trattamenti		s/n		S		
0%												
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS			n. studi clinici		numero	1	1	1		
					valore di impact factor			15,00	13,00	12,55		
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		numero		50	40		
0%												

Incremento 2%

Indicatore di monitoraggio

scenesso vd richiesta Leone 13 pz

Eventuali annotazioni:

Data:/...../2018

TOTALE Performance (%)

#RIF!


 Il Direttore del CdR

 Il Direttore di Dipartimento

 La Direzione aziendale

 La Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: **DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA**
 CdR: **UOSD Dermatologia Oncologica e Prevenzione**
 Direttore/Resp: **Pasquale Frascione**

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. Ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Incremento/Mantenimento spazi ambulatoriali dedicati alle visite			Numero Prime visite		numero	6.899	6.900	6.659		
					Numero visite di controllo		numero	7.677	7.700	7.431		
					Numero indagini di laboratorio		numero	176	180	174		
					Numero totale prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)		numero	21.305	21.300	20.555		
					Valore Medio prestazioni esterni		numero	37				
Potenziamento/Riorganizzazione Chirurgia Ambulatoriale		Chirurgia Ambulatoriale - N° APA previsti da nomenclatore regionale		numero	1.189	1.200	1.158					
0%												
GOVERNO ECONOMICO	Governare dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi			Costo dei Farmaci Totali		numero	280.248	350.000	362.250		
					Farmaci File F		numero	291.305	328.335	339.827		
					Costo dei materiali sanitari (escl. Protesi)		numero	35.711	35.000	36.225		
0%												
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Centro Malattie Rare			Percentuale casi registrati su portale		%		100			
		Sviluppo PDTA dell'Istituto			Relazione annuale attività - Inviare relazione a DS entro 31/01/2019		s/n		S			
		Consolidamento DMT			Revisione PDTA Melanoma		s/n		S			
		Predisposizione delle relazioni di verifica budget			Garantire la presenza dei medici ai DMT di competenza (percentuale di partecipazione rilevata su report DMT)		%		80	70		
	Anticorruzione e trasparenza	Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità			GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.)		GG		0	30		
	Qualità - Certificazione - Rischio Clinico	Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018			Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano		s/n		S			
		Adozione del Piano Rischio Clinico			Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione		s/n		S			
	Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	Rispetto Normativa Europea Cyber Security			Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico		s/n		S			
0%												
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS			n. studi clinici		numero	2	2	2		
					valore di impact factor			20,00	21,00	20,27		
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		numero		50	40		
0%												

mantenimento
Indicatore di monitoraggio
mantenimento

Eventuali annotazioni:

Malattie Rare:	RB0070	SINDROME DEL NEVO BASOCELULARE
	RB0071	MELANOMA CUTANEO FAMILIARE E/O MULTIPLO

Data:/...../2018

TOTALE Performance (%) #RIF!

Pasquale Frascione
Il Direttore del CdR

.....
Il Direttore di Dipartimento

.....
La Direzione aziendale

.....
La Direzione ospedaliera

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

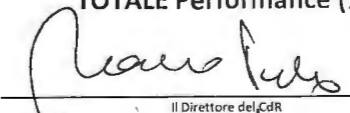
Macrostruttura: **DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA**
 CdR: **UOC Fisiopatologia Cutanea**
 Direttore/Resp: **Mauro Picardo**

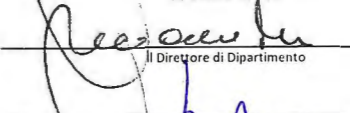
AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %	
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Supporto per attività cliniche (numero)			numero studi		numero	4	7	7			mantenimento
							0%						
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi			Costo dei Farmaci Totali		numero	217	200	207			
					Costo dei materiali sanitari (escl. Protesi)		numero	669	700	770			
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Ottimizzazione della produttività ricerca	Incremento finanziamento ricerca			incremento valore economico finanziamenti da privati ed enti		%		10%	10%			incremento del 10% su un dato del 2017 di Euro 229.000,00
		Capacità di attrazione finanziamenti			n. grant		numero	5	6	6			
	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Predisposizione delle relazioni di verifica budget			GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.)		GG		0	30			
	Anticorruzione e trasparenza	Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità			Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano		s/n		S				
	Qualità - Certificazione - Rischio Clinico	Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018			Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione		s/n		S				
		Adozione del Piano Rischio Clinico			Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico		s/n		S				
Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	Rispetto Normativa Europea Cyber Security			Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Censimento dei trattamenti		s/n		S					
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS			n. studi clinici		numero	0	0	-			
					valore di impact factor			85,00	67,00	64,66			
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		numero		50	40			

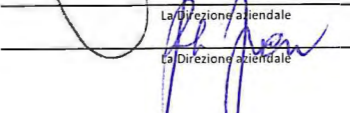
Eventuali annotazioni:


Data:/...../2018

TOTALE Performance (%) #RIF!


 Il Direttore del CdR


 Il Direttore di Dipartimento


 La Direzione Aziendale


 La Direzione Aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2018

Macrostruttura: DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA
 Cdr: UOSD Patologia Clinica e Microbiologia
 Direttore/Resp: Fabrizio Ensoli

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. Ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %	
GOVERNO CLINICO	Incremento / Mantenimento dei volumi di attività - Accessibilità delle cure	Incremento/Mantenimento dei volumi di offerta specialistica ambulatoriale			Numero indagini di laboratorio		numero	83.029	83.000	80.095			
					Numero totale prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)		numero	2.021	2.000	1.930			
		Mantenimento del case-mix dell'attività specialistica			Valore Medio prestazioni esterni		numero	14					
0%													
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi			Costo dei Farmaci Totali		numero	6.865					
					Costo dei materiali sanitari (escl. Protesi)		numero	1.136.863	1.100.000	1.138.500			
0%													
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale	Prestazioni interne			Numero prestazioni interne erogate		numero	39840					Indicatore di monitoraggio
		Appropriatezza della richiesta esami di laboratorio			Relazione congiunta tra i due laboratori (IRE - ISG) profili diagnostici predisposti con le UO Chirurgiche entro il 30/09/2018		s/n			S			
	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Centro Malattie Rare			Proposta di implementazione Diagnostica a supporto Malattie Rare entro il 31/06/2018		s/n			S			
		Predisposizione delle relazioni di verifica budget			GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.)		GG			0	30		
	Anticorruzione e trasparenza	Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'illegalità			Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano		s/n			S			
	Qualità - Certificazione - Rischio Clinico	Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018			Realizzare azioni specifiche previste dai percorsi di certificazione		s/n			S			
		Adozione del Piano Rischio Clinico			Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico		s/n			S			
Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	Rispetto Normativa Europea Cyber Security			Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Censimento dei trattamenti		s/n			S				
0%													
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS			n. studi clinici		numero	1	1	1			
					valore di impact factor			48,00	42,00	40,53			
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		numero			50	40		
0%													

Eventuali annotazioni:

Data:/...../2018

TOTALE Performance (%) #RIF!

Ennio Ricci
 Il Direttore del Cdr

Ennio Ricci
 il Direttore di Dipartimento

Ennio Ricci
 La Direzione aziendale

Ennio Ricci
 La Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: **DIPARTIMENTO CLINICO SPERIMENTALE DERMATOLOGIA**
 CdR: **UOSD Dermatopatologia**
 Direttore/Resp: **Pietro Donati**

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %
		Incremento/Mantenimento dei volumi di offerta specialistica ambulatoriale			Numero indagini di laboratorio		numero	8.909	8.500	8.203		
		Mantenimento del case-mix dell'attività specialistica			Numero totale prestazioni ambulatoriali per esterni (diagnostiche / terapeutiche)		numero	1.822	1.800	1.737		
					Valore Medio prestazioni esterni		numero	20				
								0%				

Lieve riduzione per modifica metodica
 Mantenimento
 Indicatore di monitoraggio

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	'Buon Uso delle Risorse' attraverso programmazione e monitoraggio: attività, farmaci, presidi			Costo dei Farmaci Totali		numero	1.159	1.200	1.242		
					Costo dei materiali sanitari (escl. Protesi)		numero	39.260	40.000	41.400		
								0%				

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %	
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Ottimizzazione della produttività clinico assistenziale	Prestazioni interne	30%		Numero prestazioni interne erogate		numero	21.259					
		Efficientamento processi di refertazione e consegna referti per interni/esterni			Predisposizione in collaborazione con Ditar Piano attività integrato Medici-Tecnici con carichi di lavoro - Invio a D5 entro giugno 2018		s/n				S		
					Tempi di refertazione 80° percentile Istologici per esterni		GG		13	9	9		
					Tempi di refertazione 80° percentile Campioni operatori		GG		15	13	13		
					Tempi di refertazione 80° percentile Citologici		GG		11	8	8		
					Tempo massimo attesa calcolato su un tempo di 90 gg		GG				30	31	
	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Consolidamento DMT			Garantire la presenza nei DMT di competenza - Percentuale di presenze - Dato rilevato da report DMT		%			80	70		
		Predisposizione delle relazioni di verifica budget			GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.)		GG			0	30		
		Anticorruzione e trasparenza	Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità		Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano		s/n			S			
		Qualità - Certificazione - Rischio Clinico	Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018			Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione		s/n			S		
Adozione del Piano Rischio Clinico				Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico		s/n			S				
Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	Rispetto Normativa Europea Cyber Security			Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Consenso dei trattamenti		s/n			S				

Indicatore di monitoraggio

Indicatori specifici per Anatomia Patologica ed Istopatologia non solo tempi medi sul 80% percentile ma anche limite massimo giorni di attesa - Monitoraggi mensili

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	2017	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS			n. studi clinici		numero	1	1	1		
					valore di impact factor			45,00	40,00	38,60		
					percentuale utilizzo piattaforma SMART		numero		50	40		
								0%				

Eventuali annotazioni:

IL COSTO DEI MATERIALI SANITARI RIGUARDA SOLO I CONSUMABILI SONO ESCL. I COSTI DEI SERVIZI LEIKA E DAKO

Data:/...../2018

TOTALE Performance (%)

#RIF!

[Signature]
 Il Direttore del CdR
[Signature]
 Il Direttore di Dipartimento
[Signature]
 La Direzione aziendale
 La Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: Direzione Sanitaria aziendale
 CdR: DIREZIONE MEDICA PRESIDIO
 Direttore: Dr. Francesco Vaia

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. Ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	Storico (2017)	Atteso (100%)	Minimo (0%)	
GOVERNO CLINICO	ACCESSIBILITA DELLE CURE	Aggiornare in collaborazione con Ditrar contingenti minimi personale da garantire in occasione di sciopero e con il Direttore Risorse umane la gestione	20%		Invio PROPOSTA a DS entro il 31/07/2018, seguire iter di approvazione e gestione		s/n		S		
		Gestione delle emergenze all'interno dell'Istituto e attivazione unità di crisi - In collaborazione con Ditrar			Inviare proposta di Procedura Operativa a DS entro il 31/08/2018				S		
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	Liquidazione Fatture entro 30 gg dall'arrivo	30%		fatture liquidate/liquidabili		%		90%	80%	
					tempestività nella verifica delle fatture di competenza: risposta entro 10 gg all'ABS per permettere la liquidazione / Percentuale di risposte entro i tempi previsti sul totale		%		90%	80%	
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Gestione Igenico-sanitaria dell'Istituto	50%		Relazioni semestrali a DS - numero relazioni nell'anno		n		2	1	
		Revisione regolamento Polizia Mortuaria in collaborazione con Ditrar			Invio Regolamento aggiornato a DS entro il 31/07/2018		s/n		S		
		Predisposizione procedura per gestione posti letto Istituto con attivazione funzione Bed Manager - In collaborazione con Ditrar			Invio procedura a DS entro il 30/09/2018		s/n		S		
		Aggiornamento procedura per la gestione delle richieste di consulenze da e verso altri Ospedali			Invio procedura a DS entro il 31/07/2018		s/n		S		
		Progetto Week Surgery - Proposta in collaborazione con Ditrar			Invio proposta a DS entro il 31/07/2018		s/n		S		
		Progetto Week Surgery - Realizzazione in collaborazione con Ditrar			Realizzazione Progetto entro il 31/12/2018		s/n		S		
		Sportello Malattie RARE attivazione sportello in collaborazione con Ditrar			Attivare sportello entro 31/12/2018		s/n		S		
		Debiti Informativi - Garantire adempimenti per i flussi informativi di competenza - SIO			Rispetto degli adempimenti flusso SIO - numero invii nei tempi previsti					13	
		Ospedale senza Fumo - Piano Aziendale in collaborazione con Ditrar			Invio proposta a DS entro il 30/06/2018 e realizzazioni azioni previste dal piano entro 31/12/2018		s/n		S		
		Predisposizione delle relazioni di verifica budget			GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.2019)		gg		0	30	
	Anticorruzione e trasparenza	Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità			Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano		s/n		S		
		Qualità - Certificazione - Rischio Clinico		Aggiornamento della procedura di 'gestione della Documentazione Sanitaria'		Invio procedura aggiornata in DS entro il 31/08/2018		s/n		S	
	Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018				Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione		s/n		S		
	Adozione del Piano Rischio Clinico				Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico		s/n		S		
	Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	Rispetto Normativa Europea Cyber Security			Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Censimento dei trattamenti		s/n		S		

Eventuali annotazioni:

Data:/...../2018

TOTALE Performance (%) #RIF!

Francesco Vaia
 Il Direttore del CdR
Ho Vaia
 La Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: Scheda di Budget operativo 2018

Macrostruttura: Direzione Sanitaria aziendale
 CdR: FARMACIA
 Direttore: Dr. SSA Antonia La Malfa

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	Storico (2017)	Atteso (100%)	Minimo (0%)	
GOVERNO CLINICO	ACCESSIBILITA DELLE CURE	Consolidare Gruppo Buon uso del Farmaco	20%		Numero di incontri del Gruppo - (Rilevati da relazione)		n		3	2	
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	Rispetto del budget trasversale assegnato e predisposizione reportistica mensile su principali voci di spesa a DG, DA e DS con segnalazione delle criticità	40%		N° report mensili puntualmente trasmessi secondo i contenuti definiti nell'obiettivo con particolare riferimento a: File F, Farmaci Ospedalieri, Presidi Sanitari		n	-	7	2	
				Farmacia Blocco Operatorio: Report bimestrale su andamento consumi presidi con eventuali segnalazioni di scostamenti rispetto alla programmazione ed eventuali criticità - N. report		n		4	3		
		Liquidazione Fatture entro 30 gg dall'arrivo		fatture liquidate/liquidabili		%		90%	80%		
		Programmazione fabbisogni		Proposta di programmazione fabbisogno presidi/farmaci per il 2019 entro il 30.11.2018		s/n		S			
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Contributo alla riorganizzazione aziendale	ADEMPIMENTI LEA: Flusso Dispositivi - Completare entro giugno 2018 la definizione del campo repertorio nell'anagrafica dispositivi medici per invio flusso in regione	40%		percentuale di dispositivi con repertorio		%		100	95	
		ADEMPIMENTI LEA: Flusso Farmaci Garantire la compilazione del campo AIC nell'anagrafica farmaci per invio flusso in regione		percentuale di anagrafiche farmaci corrette		%		100	95		
		ADEMPIMENTI LEA: Flussi Informativi Farmaceutici - Garantire Adempimento		percentuale di adempimenti raggiunti sul totale adempimenti flussi farmaceutici LEA		%		100	95		
		Pieno Utilizzo Prescrizione Elettronica Oncosys - Consolidare uso oncosys in Oncologia 1 ed Ematologia ed estendere uso a Oncologia 2		Collaudo con UOSD Informatica entro il 31 dicembre 2018		s/n		S			
		Standardizzazione KIT Operatori		Consolidamento 'definizione KIT operatori' per tutte le specialità chirurgiche - Relazione entro il 31 dicembre 2018		s/n		S			
		Predisposizione delle relazioni di verifica budget		GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.)		GG		0	30		
	Anticorruzione e trasparenza	Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità				Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano		s/n		S	
	Qualità - Certificazione - Rischio Clinico	Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018				Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione		s/n		S	
		Adozione del Piano Rischio Clinico				Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico		s/n		S	
	Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	Rispetto Normativa Europea Cyber Security				Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Censimento dei trattamenti		s/n		S	

Eventuali annotazioni:

Data: 22...10/2018

TOTALE Performance (%)

#RIF!

Antonella La Malfa
 Il Direttore del CdR
Antonella La Malfa
 La Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: Direzione Sanitaria aziendale
 CdR: DITRAR
 Direttore: Dr.ssa Maria Grazia Loira

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	Storico (2017)	Atteso (100%)	Minimo (0%)		
GOVERNO CLINICO	ACCESSIBILITA DELLE CURE	Aggiornare in collaborazione con DMP contingenti minimi personale da garantire in occasione di sciopero e con il Direttore Risorse umane la gestione	20%		Invio PROPOSTA a DS entro il 31/07/2018, seguire iter di approvazione e gestione		s/n		S			
		Gestione delle emergenze all'interno dell'Istituto e attivazione unità di crisi - In collaborazione con DMP			Inviare proposta di Procedura Operativa a DS entro il 31/08/2018		s/n		S			
GOVERNO ECONOMICO	Governo dei costi	Liquidazione Fatture entro 30 gg dall'arrivo	30%		tempestività nella verifica delle fatture di competenza: risposta entro 10 gg all'ABS per permettere la liquidazione / Percentuale di risposte entro i tempi previsti sul totale		%		90%	80%		
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Revisione regolamento Polizia Mortuaria in collaborazione con DMP	50%		Invio Regolamento aggiornato a DS entro il 31/07/2018		s/n		S			
		Predisposizione procedura per gestione posti letto Istituto con attivazione funzione Bed Manager - In collaborazione con DMP			Invio procedura a DS entro il 30/09/2018		s/n		S			
		Progetto Week Surgery - Proposta in collaborazione con DMP			Invio proposta a DS entro il 31/07/2018		s/n		S			
		Progetto Week Surgery - Realizzazione in collaborazione con DMP			Realizzazione Progetto entro il 31/12/2018		s/n		S			
		Sportello Malattie RARE attivazione sportello in collaborazione con DMP			Attivare sportello entro 31/12/2018		s/n		S			
		Ospedale senza Fumo - Piano Aziendale in collaborazione con DMP			Invio proposta a DS entro il 30/06/2018 e realizzazioni azioni previste dal piano entro 31/12/2018		s/n		S			
		Predisposizione delle relazioni di verifica budget			GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.2019)		gg		0	30		
	Anticorruzione e trasparenza	Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità					Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano		s/n		S	
	Qualità - Certificazione - Rischio Clinico	Aggiornamento della procedura di 'gestione della Documentazione Sanitaria'					Invio procedura aggiornata in DS entro il 31/08/2018		s/n		S	
		Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018					Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione		s/n		S	
		Adozione del Piano Rischio Clinico					Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico		s/n		S	
	Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	Rispetto Normativa Europea Cyber Security					Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Censimento dei trattamenti		s/n		S	

Eventuali annotazioni:

Data:/...../2018

TOTALE Performance (%)

#RIF!

(Signature)
 Il Direttore del CdR

(Signature)
 La Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: Direzione Sanitaria aziendale
 CdR: **UOSD Banca del tessuto Muscolo Scheletrico**
 Direttore: Dr. Fabio Erba

AREA	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	Storico (2017)	Atteso (100%)	Minimo (0%)
GOVERNO CLINICO	ACCESSIBILITÀ DELLE CURE	Consensi per prelievo da donatore cadavere	40%		n. consensi per prelievo donatore cadavere		numero	12	12	10
		Attività di prelievi da donatore vivente			Aumento dell'offerta della donazione da vivente: n. prelievi di epifisi femorali e raccolta teche craniche.		numero	255	280	275
		Attività di processazione tessuto osseo			Processazione del tessuto osseo prelevato: distribuzione.		numero	226	300	290
GOVERNO DELLE PROCEDURE, DELL'ORGANIZZAZIONE E DELLE TECNOLOGIE	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Acquisire la certificazione da parte del Centro Nazionale Trapianti	40%		Esito positivo verifica entro primo semestre 2018		s/n		S	
		Predisposizione delle relazioni di verifica budget			GG di ritardo nella trasmissione della Relazione sulla gestione (entro 28 feb.2019)		gg		0	30
	Anticorruzione e trasparenza	Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'Illegalità			Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano		s/n		S	
		Qualità - Certificazione - Rischio Clinico		Aggiornamento della procedura di 'gestione della Documentazione Sanitaria'		Invio procedura aggiornata in DS entro il 31/08/2018		s/n		S
	Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018				Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione		s/n		S	
	Adozione del Piano Rischio Clinico				Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico		s/n		S	
	Privacy - Sicurezza per la gestione dei dati	Rispetto Normativa Europea Cyber Security			Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Censimento dei trattamenti		s/n		S	
RICERCA	Ricerca scientifica ed aggiornamento professionale	Contributo all'implementazione dell'attività scientifica propria dell'IRCCS	20%		n. pubblicazioni		numero		1	
					Corsi di formazione aziendale presso ASL regionali: n. corsi.		numero	4	5	

Eventuali annotazioni:

Data:/...../2018

TOTALE Performance (%) #RIF!


 Il Direttore del CdR

 La Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**


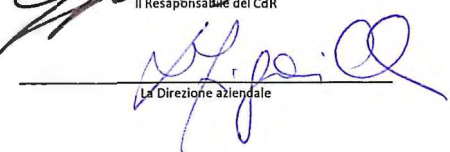
Macrostruttura: DIPARTIMENTO
 CdR: UOSD TECNOLOGIE E SISTEMI INFORMATICI
 Direttore/Resp: f.f. Ing. Giuseppe Navanteri

Cod. O b.	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	Storico (2016)	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %
1	Contenimento dei costi diretti e indiretti	<ul style="list-style-type: none"> Rispetto di tutti gli obiettivi di competenza previsti nel P.O. 2016-2018 (DCA n. 52/2017), in linea con le scadenze previste ed evitando rilievi della R.L. Rispetto del budget trasversale assegnato e predisposizione reportistica mensile su principali voci di spesa a DG, DA e DS, con segnalazione criticità. 	40%	1-a	% di scadenze indicate nel P.O. rispettate in termini di puntualità e di adeguatezza dei contenuti.	40%	%		100%	80%		
				1-b	n. rilievi da parte della R.L.	25%	numero		0	1		
				1-c	n. report mensili puntualmente trasmessi secondo i contenuti definiti nell'obiettivo	35%	numero		8	2		
2	Ottimizzazione della produttività e dei processi	<ul style="list-style-type: none"> Indizione delle gare in scadenza 2018 nei tempi programmati ed utili all'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa. Piena compliance della U.O. alle attività finalizzate all'accreditamento ISO 9001 di IFO Epletamento di tutte le gare precedentemente bandite entro il 31/12/2018. Aggiornamento Follum con tutti i servizi aziendali entro il 30/06/2018 (in collaborazione con AA.GG.) Supporto nei confronti dell'organizzazione ai fini del passaggio all'amministrazione digitale: adozione del sistema delibere digitali entro il 14/05/2018 garantire il pieno utilizzo di tutti i sw aziendali installati in piena sicurezza informatica dei dati dei pazienti entro il 30/09/18: BTMS, Banca del Tessuto Ovarico, C.C., C.A., ALPI, S.O., Oncosys Creazione dell'interfaccia Recup / Radioterapia IFO in collaborazione con RL entro il 30/09/2018 Upgrade software Anatomia Patologica entro il 30/09/2018 messa a regime di tutte le misure idonee a garantire la sicurezza informatica nell'ambito degli adempimenti del Reg. Europeo 2016/679 partecipazione proattiva al gruppo di lavoro aziendale su attuazione GDPR attuazione progetto formativo aziendale su GDPR entro il 31/05/2018 (obiettivo condiviso con AA.GG.) 	40%	2-a	n. procedure gara indette in tempi utili / n. tot. gare in scadenza 2018	9%	%		100%	80%		
				2-b	Accreditamento Direzione Amministrativa	9%	SI/NO		1	0		
				2-c	n. gare espletate fra quelle già bandite / tot. gare precedentemente bandite ancora da espletare	9%	%		100%	80%		
				2-d	GG di ritardo rispetto alla scadenza prevista	9%	GG		0	30		
				2-e	GG di ritardo rispetto alla scadenza prevista per l'adozione delle firme digitali	9%	GG		0	45		
				2-f	GG di ritardo pieno utilizzo di tutti i sw aziendali entro il termine stabilito (30/09/18)	9%	GG		0	45		
				2-g	GG di ritardo pieno utilizzo di tutti i sw aziendali entro il termine stabilito (30/09/18)	9%	GG		0	45		
				2-h	GG di ritardo pieno utilizzo di tutti i sw aziendali entro il termine stabilito (30/09/18)	9%	GG		0	45		
				2-l	rispetto obiettivo	9%	SI/NO		1	0		
				2-l	rispetto obiettivo	9%	SI/NO		1	0		
3	Contributo al Governo Aziendale	<ul style="list-style-type: none"> Proposta aggiornamento Piano triennale degli investimenti (e delle manutenzioni) entro il 30/11/2018 Puntuale messa in atto delle azioni previste dal Piano della trasparenza e dal Programma per la prevenzione dei rischi di corruzione. Liquidazione fatture entro 30 gg dall'arrivo 	20%	3-a	GG di ritardo presentazione Piano	33%	GG		0	30		
				3-b	% ambiti ed azioni gestite dalla struttura / ambiti ed azioni di competenza della struttura (rif. relazione annuale referenti aziendali)	33%	%		100%	70%		
				3-c	fatture liquidate/liquidabili	33%	%		90%	80%		

Eventuali annotazioni:

Data: 18/04/2018

TOTALE Performance (%)


 Il Responsabile del CdR

 La Direzione Aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: DIPARTIMENTO

CdR: UOS PIANIFICAZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE

Direttore/Resp: Dr.ssa Cinzia Bomboni

Cod. Ob.	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. Ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	Storico (2016)	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %
1	Contenimento dei costi diretti ed indiretti	<ul style="list-style-type: none"> Rispetto di tutti gli obiettivi di competenza previsti nel P.O. 2016-2018 (DCA n. 52/2017), in linea con le scadenze previste ed evitando rilievi della R.L. Monitoraggio consumi, con reportistica mensile su principali voci di costo a DG, DA e DS con segnalazione criticità. Monitoraggio trimestrale budget trasversali assegnati con deliberazione 	50%	1-a	monitoraggio e reportistica sugli obiettivi di mandato del DG	25%	SI/NO		1	0		
				1-b	% di scadenze indicate nel P.O. rispettate in termini di puntualità e di adeguatezza dei contenuti.	25%	%		100%	80%		
				1-c	n. rilievi da parte della R.L.	15%	numero		0	2		
				1-d	n. report mensili puntualmente trasmessi secondo i contenuti definiti nell'obiettivo	15%	numero		8	2		
				1-e	Evidenza della puntuale assegnazione/ e monitoraggio del budget trasversali riferiti agli ambiti organizzativi in obiettivo	20%	SI/NO		1	0		
2	Ottimizzazione della produttività e dei processi	<ul style="list-style-type: none"> Passaggio all'amministrazione digitale, con adozione del sistema delibere digitali entro il 31/07/2017 Attività di CoAn: rispetto scadenze/obiettivi stabiliti dalla RL Percorso PAC di cui al DCA 69/18: <ul style="list-style-type: none"> completamento di tutte le azioni di carattere sostanziale idonee a garantire la corretta applicazione delle procedure aziendali puntualità nella trasmissione della documentazione prodotta alla RL report su avanzamento delle attività svolte per le specifiche aree rispetto allo status precedente Piena compliance della U.O. alle attività finalizzate all'accreditamento ISO 9001 di IFO 	10%	2-a	GG di ritardo rispetto alla scadenza prevista	17%	GG		0	30		
					rispetto scadenze	17%	SI/NO		1	0		
				2-b	rispetto scadenze	17%	SI/NO		1	0		
				2-c	rispetto scadenze	17%	SI/NO		1	0		
				2-d	rispetto scadenze	17%	SI/NO		1	0		
				2-b	Accreditamento Direzione Amministrativa	17%	SI/NO		1	0		
3	Contributo alla riorganizzazione aziendale	Adozione di tutti gli strumenti di programmazione aziendale: <ul style="list-style-type: none"> predisposizione del Piano della Prestazione e dei Risultati nei termini di Legge; predisposizione della Relazione sulla prestazione e sui risultati nei termini di Legge; completamento dell'istruttoria funzionale alle verifiche delle performance organizzative (schede budget di CdR) da parte dell'OIV entro il ... 	30%	3-a	Puntuale predisposizione (nei tempi e nei contenuti) del Piano della Prestazione e dei Risultati: fatto SI/NO	35%	SI/NO		1	0		
				3-b	Puntuale predisposizione (nei tempi e nei contenuti) della Relazione sulla prestazione e sui risultati: fatto SI/NO	35%	SI/NO		1	0		
				3-c	GG di ritardo completamento istruttoria su verifiche di budget	30%	GG		0	30		
4	Contributo al Governo Aziendale	Liquidazione fatture entro 30 gg dall'arrivo	10%	4-a	Rispetto tempi di Legge	100%	SI/NO		1	0		

Eventuali annotazioni:

Data: 26/04/2018

TOTALE Performance (%)


 Il Responsabile del CdR

 La Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: DIPARTIMENTO

CdR: UO Formazione

Direttore/Resp: Dr.ssa Tiziana Lavallo

Cod. O b.	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	Storico (2016)	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %
1	Contenimento dei costi diretti ed indiretti	■ Con la UO Risorse Umane: regolamentazione dell'accesso ai comandi/missioni	30%	1-a	Spostamento di almeno il 50% dei costi sostenuti sui rimborsi al personale per attività formative sul budget della formazione	50%	SI/NO		1	0		
		■ Monitoraggio del budget della formazione		1-b	spesa non superiore al budget assegnato	50%	SI/NO		1	0		
2	Ottimizzazione della produttività e dei processi	■ Supporto al progetto Week Hospital e Ospedale per Intensità di Cura	60%	2-a	progetto completato entro dicembre 2018	5%	SI/NO		1	0		
		■ Supporto allo sviluppo del Centro Studi Early Phase come Quality Manager		2-b	completamento dell'accreditamento ALFA	5%	SI/NO		1	0		
		■ Regolamentazione dell'accesso alla formazione Interna ed esterna		2-c	regolamento della formazione approvato e attuato	15%	SI/NO		1	0		
		■ Presa in carico delle attività di tirocinio e del Corso di Laurea in Infermeristica per la regolamentazione dei tirocini		2-d	regolamento sui tirocini approvato	5%	SI/NO		1	0		
		■ Predisposizione del PAF 2019 entro dicembre 2018		2-e	PAF presentato al Comitato Scientifico e validato	30%	SI/NO		1	0		
		■ Progettazione dei percorsi formativi a supporto della realizzazione del Piano Strategico		2-f	Almeno un percorso di formazione concluso	20%	SI/NO		1	0		
		■ Attuazione e rispetto adempimenti Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'illegalità		2-g	Rispetto degli adempimenti specifici previsti dal Piano	5%	SI/NO		1	0		
		■ Realizzare e supportare la certificazione IFO anno 2018		2-h	Realizzare azioni specifiche prevista dai percorsi di certificazione	5%	SI/NO		1	0		
		■ Adozione del Piano Rischio Clinico		2-i	Realizzare azioni specifiche previste dal Piano Rischio Clinico	5%	SI/NO		1	0		
		■ Rispetto Normativa Europea Cyber Security		2-l	Rispetto degli adempimenti previsti dal Regolamento per la Sicurezza dei Dati - Censimento dei trattamenti	5%	SI/NO		1	0		
3	Contributo al Governo aziendale	■ Liquidazione fatture entro 30 gg dall'arrivo	10%	3-a	fatture liquidate/liquidabili	100%			90%	80%		

Eventuali annotazioni:

Data: 22/05/2018

TOTALE Performance (%)

Tiziana Lavallo

Il Responsabile del CdR

[Signature]

[Signature]

La Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: DIPARTIMENTO

CdR: UOS SAR

Direttore/Resp: Dr.ssa Cinzia Bomboni

Cod_O b.	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	Storico (2016)	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %
1	Contenimento dei costi diretti ed indiretti	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rispetto di tutti gli obiettivi di competenza indicati dal Ministero della Salute/Enti erogatori, in linea con le scadenze ivi contenute ed evitando rilievi ■ Accentramento e gestione di tutte le attività progettuali della Ricerca (comprensivo dell'accentramento delle Risorse Umane): Presentazione proposta entro il 31/05/2018 ■ Monitoraggio scadenze e SAL di tutti i progetti di ricerca, rendicontazione economica dei finanziamenti ■ Rispetto dei tempi e delle procedure degli studi clinici approvati dal Comitato Etico 	55%	1-a	% di scadenze indicate rispettate in termini di puntualità e di adeguatezza dei contenuti.	20%	%		100%	80%		
				1-b	n. rilievi	20%	numero		0	1		
				1-c	rispetto scadenza	20%	SI/NO		1	0		
				1-d	Report Enti finanziatori e Direzioni (DG, DA, DS)	20%	numero		8	2		
				1-e	Rispetto tempi e procedure	20%	SI/NO		1	0		
2	Ottimizzazione della produttività e dei processi	<ul style="list-style-type: none"> ■ Piena compliance della U.O. alle attività finalizzate all'accreditamento ISO 9001 di IFO ■ Passaggio all'amministrazione digitale, con adozione del sistema di delibere digitali entro il 14/05/2018 	35%	2-a	accreditamento Dir.ne Amm.va	50%	SI/NO		1	0		
				2-b	GG di ritardo rispetto alla scadenza prevista	50%	GG		0	30		
3	Contributo al Governo Aziendale	<ul style="list-style-type: none"> ■ Supporto a UOC Risorse Economiche nella realizzazione della Gestione Contabile Separata della Ricerca 	10%	3-a	Evidenza del supporto prestato alla UOC Risorse Economiche	100%	SI/NO		1	0		

Eventuali annotazioni:

Data: 26/04/2018

TOTALE Performance (%)

Cinzia Bomboni
Il Responsabile del CdR

[Signature]
La Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: DIPARTIMENTO
 CdR: UOC RISORSE ECONOMICHE
 Direttore/Resp: Dott.ssa Cinzia Bomboni

Cod. Ob.	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	Storico (2016)	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %
1	Contenimento dei costi diretti ed Indiretti	■ Rispetto di tutti gli obiettivi di competenza previsti nel P.O. 2016-2018 (DCA n. 52/2017), in linea con le scadenze previste ed evitando rilievi della R.L. ■ Monitoraggio budget funzionali trasversali assegnati alle UU.OO. con segnalazione alla Direzione strategica di eventuali criticità nella gestione da parte delle UU.OO. assegnatarie ■ Monitoraggio consumi, con reportistica mensile su principali voci di costo a DG, DA e DS con segnalazione criticità. ■ Assunzione della funzione di CO.AN. entro il 15/05/2018	45%	1-a	% di scadenze indicate nel P.O. rispettate in termini di puntualità e di adeguatezza dei contenuti.	20%	%		100%	80%		
				1-b	n. rilievi da parte della R.L.	20%	numero		0	1		
				1-c	report trimestrali (il primo del 2018 è semestrale al 30/6): rispetto scadenze	20%	SI/NO		1	0		
				1-d	n. report mensili puntualmente trasmessi secondo i contenuti definiti nell'obiettivo	20%	numero		8	2		
				1-e	rispetto scadenza	20%	SI/NO		1	0		
2	Ottimizzazione della produttività e del processi	■ Adozione di un sistema di gestione separata per ALPI e per Ricerca ■ Piena compliance della U.O. alle attività finalizzate all'accreditamento ISO 9001 di IFO ■ Passaggio all'amministrazione digitale, con adozione del sistema delibere digital entro il 14/05/2018 ■ Percorso PAC di cui al DCA 69/18: - completamento di tutte le azioni di carattere sostanziale idonee a garantire la corretta applicazione delle procedure aziendali - puntualità nella trasmissione della documentazione prodotta alla RL - report su avanzamento delle attività svolte per le specifiche aree rispetto allo status precedente	30%	2-a	Attuazione gestione separata ALPI	20%	SI/NO		1	0		
				2-b	Attuazione gestione separata Ricerca	20%	SI/NO		1	0		
				2-c	Accreditamento Direzione Amministrativa	20%	SI/NO		1	0		
				2-d	GG di ritardo rispetto alla scadenza prevista	20%	GG		0	30		
				2-e	rispetto scadenze	7%	SI/NO		1	0		
				2-f	rispetto scadenze	7%	SI/NO		1	0		
				2-g	rispetto scadenze	7%	SI/NO		1	0		
3	Contributo al Governo aziendale	Registrazione fatture entro 15 gg dall'immissione sul sistema SDI Revisione Regolamento ALPI e Revisione Tariffe entro il 30/09/2018	15%	3-a	GG di ritardo	50%	GG		0	30		
				3-b	rispetto scadenza	50%	SI/NO		1	0		

Eventuali annotazioni:

Data: 26/04/2018

TOTALE Performance (%)

Cinzia Bomboni
 Il Direttore del CdR

[Signature]
 La Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: DIPARTIMENTO
 CdR: UOC RISORSE UMANE
 Direttore/Resp: Dott. Fabio Andreasi Bassi / Dr.ssa Evangelisti

Cod. Ob.	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	Storico (2016)	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %
1	Contenimento dei costi diretti ed indiretti	■ Rispetto di tutti gli obiettivi di competenza previsti nel P.O. 2016-2018 (DCA n. 52/2017), in linea con le scadenze previste ed evitando rilevi della R.L.	35%	1-a	% di scadenze indicate nel P.O. rispettate in termini di puntualità e di adeguatezza dei contenuti.	30%	%		100%	80%		
		1-b		n. rilevi da parte della R.L.	20%	numero		0	1			
		1-c		n. report mensili di monitoraggio del costo del personale puntualmente trasmessi secondo i contenuti definiti nell'obiettivo	30%	numero		8	2			
		1-d		% variazione ore di straordinario rispetto all'anno 2017	20%	%		-10%	-5%			
2	Ottimizzazione della produttività e dei processi	■ Predisposizione bozza accordo di intesa sulle relazioni sindacali (comparto) entro 2 mesi dall'entrata in vigore	40%	2-a	GG di ritardo presentazione regolamento revisionato	25%	GG		0	30		
		2-b		Accreditamento Direzione Amministrativa	25%	SI/NO		1	0			
		2-c		n. incarichi formalizzati / tot. incarichi target	25%	%		100%	60%			
		2-d		GG di ritardo rispetto alla scadenza prevista	25%	GG		0	30			
3	Contributo al governo aziendale	■ Attuazione del Piano triennale dei fabbisogni di personale degli IFO in modo coerente con le previsioni del piano stesso: Presentazione piano operativo con tempistiche entro il 31/05/2018	10%	3-a	Rispetto delle tempistiche del Piano	25%	SI/NO		1	0		
		3-c		Rispetto della tempistica prevista dalla Direzione strategica nella gestione dei calcoli degli incentivi del personale	25%	SI/NO		1	0			
		3-d		GG di ritardo predisposizione	25%	GG		0	30			
		3-e		fatture liquidate/liquidabili	25%	%		90%	80%			
4	Contributo alla riorganizzazione aziendale	■ Presentazione proposta di riorganizzazione interna della U.O. in una logica trasversale delle funzioni entro il 31/7/18	15%	4-a	GG di ritardo presentazione proposta	100%	GG		0	30		

Eventuali annotazioni:

Data: 27/04/2018

TOTALE Performance (%)

[Signature]
Il Direttore del CdR

[Signature]
la Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: DIPARTIMENTO
 CdR: UOC AFFARI GENERALI
 Direttore/Resp: Dott. Fabio Andreasi Bassi

Cod. Ob. b.	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	Storico	Atteso	Minimo	Verificato	Perf. %
								(2016)	(100%)	(0%)		
1	Contenimento dei costi diretti ed indiretti	■ Rispetto di tutti gli obiettivi di competenza previsti nel P.O. 2016-2018 (DCA n. 52/2017), in linea con le scadenze previste ed evitando rilievi della R.L. ■ Anche in relazione agli obblighi di pubblicazione previsti da ANAC in materia di trasparenza, procedere alla ricognizione del patrimonio immobiliare aziendale, alla pubblicazione del relativo elenco nei tempi previsti da ANAC (aprile 2018) e procedere all'individuazione delle procedure per la vendita del patrimonio immobiliare disponibile entro il 30/09/2018 (in collaborazione con Servizio Tecnico)	45%	1-a	% di scadenze indicate nel P.O. rispettate in termini di puntualità e di adeguatezza dei contenuti.	33%	%		100%	80%		
				1-b	n. rilievi da parte della R.L.	33%	numero		0	1		
				1-c	Rispetto scadenza prevista	33%	SI/NO		1	0		
2	Ottimizzazione della produttività e dei processi	■ Gestione del contenzioso in ottica proattiva: messa a regime di reportistica trimestrale con aggiornamento di tutte le cause in corso, comprensiva delle indicazioni degli avvocati su quale strategia perseguire. ■ Plena compliance della U.O. alle attività finalizzate all'accreditamento ISO 9001 di IFO ■ Aggiornamento Folium con tutti i servizi aziendali entro il 30/06/2018 (in collaborazione con Tecnologie e Sistemi Informatici) ■ Passaggio all'amministrazione digitale, con adozione del sistema delibere digitali entro il 14/05/2018 ■ Riorganizzazione protocollo aziendale: Predisposizione flow chart dell'iter della posta in entrata e in uscita e della circolare da inviare a tutte le UU.OO. entro il 31/5/2018 ■ Gestione delle convenzioni con valutazione prima della scadenza delle stesse ■ Coordinamento delle attività aziendali finalizzate all'implementazione del GDPR: - attivazione procedura per supporto legale entro 20/04 - attivazione procedura per nomina DPD entro 10/05/2018 - formalizzazione gruppo di lavoro aziendale entro 15/05 - espletamento del progetto formativo inserito nel Piano della Formazione 2018 entro il 31/05/2018 (in collaborazione con Tecnologie e Sistemi Informatici) - attivazione reportistica mensile per DG - DS - DA su stato avanzamento lavori (1° report - 15 giugno)	40%	2-a	n. report trimestrali puntualmente trasmessi secondo i contenuti definiti nell'obiettivo	9%	numero		4	2		
				2-b	Accreditamento Direzione Amministrativa	9%	SI/NO		1	0		
				2-c	GG di ritardo rispetto alla scadenza prevista	9%	GG		0	30		
				2-d	GG di ritardo rispetto alla scadenza prevista	9%	GG		0	30		
				2-e	GG di ritardo rispetto alla scadenza prevista	9%	SI/NO		1	0		
				2-f	n. rinnovi oltre la scadenza	9%	numero		0	1		
				2-g	GG di ritardo rispetto alla scadenza prevista	9%	gg		0	30		
				2-h	GG di ritardo rispetto alla scadenza prevista	9%	gg		0	30		
				2-i	GG di ritardo rispetto alla scadenza prevista	9%	gg		0	30		
				2-l	GG di ritardo rispetto alla scadenza prevista	9%	gg		0	30		
				2-m	GG di ritardo rispetto alla scadenza prevista	9%	gg		0	30		
3	Contributo al Governo Aziendale	■ Liquidazione fatture entro 30 gg dall'arrivo ■ RPCT: Assolvimento di tutti gli obblighi normativi IFO in materia di trasparenza e anticorruzione ■ Mappatura dei rischi nei processi tecnico / amm.vo / contabili entro 31/12	15%	3-a	fatture liquidate/liquidabili	33%	%		90%	80%		
				3-b	gg di ritardo rispetto alle scadenze di legge previste	33%	gg		0	30		
				3-c	mappatura effettuata	33%	SI/NO		1	0		

Eventuali annotazioni:

Data: 18/04/2018

TOTALE Performance (%)


 Il Direttore del CdR

 La Direzione aziendale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

Macrostruttura: DIPARTIMENTO
 CdR: UOC ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI
 Direttore/Resp: Dr. Giovanni D'Incecco

Cod. O b.	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	Storico (2016)	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %
1	Contenimento dei costi diretti e Indiretti	<ul style="list-style-type: none"> Rispetto di tutti gli obiettivi di competenza previsti nel P.O. 2016-2018 (DCA n. 52/2017), in linea con le scadenze previste ed evitando rilievi della R.L. Rispetto del budget trasversale assegnato e monitoraggio costo per beni e servizi e rispetto obiettivi del Piano di efficientamento, con reportistica trimestrale su principali voci di spesa a DG, DA e DS con segnalazione criticità. Rinegoziazione di tutti i contratti in essere per i quali ci siano margini di ulteriore risparmio per l'Azienda entro il 31/12/2018 	45%	1-a	% di scadenze indicate nel P.O. rispettate in termini di puntualità e di adeguatezza dei contenuti.	30%	%		100%	80%		
				1-b	n. rilievi da parte della R.L.	20%	numero		0	1		
				1-c	n. report mensili puntualmente trasmessi secondo i contenuti definiti nell'obiettivo	30%	numero		8	2		
				1-d	n. contratti rinegoziati / tot. contratti target	20%	%		100%	80%		
2	Ottimizzazione della produttività e dei processi	<ul style="list-style-type: none"> Aggiornamento regolamento sulle infungibilità entro il 30/09/2018 e redazione regolamento sul DEC entro il 30/09/2018, alla luce del nuovo codice degli appalti. Piena compliance della U.O. alle attività finalizzate all'accreditamento ISO 9001 di IFO Provvedere alla creazione del fondo unico az. Per l'incentivazione delle funzioni tecniche di cui all'art. 113 del codice degli appalti e concessioni vigente. Predispone proposta di Regolamento aziendale che ne disciplini le modalità entro il 30/6 (obj) in collaborazione con il Servizio Tecnico) Passaggio all'amministrazione digitale, con adozione del sistema dell'bere digital entro il 14/5/2018 	20%	2-a	GG di ritardo presentazione al DA del REGOLAMENTO SULLE INFUNGIBILITA' in forma completa e rispondente alle esigenze aziendali	20%	GG		0	30		
				2-b	GG di ritardo presentazione al DA del REGOLAMENTO SUL DEC in forma completa e rispondente alle esigenze aziendali	20%	GG		0	30		
				2-c	accreditamento Direzione Amministrativa	20%	SI/NO		1	0		
				2-d	rispetto scadenza prevista	20%	SI/NO		1	0		
				2-e	GG di ritardo rispetto alla scadenza prevista	20%	GG		0	30		
3	Contributo al Governo Aziendale	<ul style="list-style-type: none"> Puntuale gestione del Piano triennale per l'approvvigionamento di beni e servizi: <ul style="list-style-type: none"> presentazione proposta aggiornamento Piano 2019 entro il 30/11/2018; indizione delle gare in scadenza 2018 nei tempi programmati ed utili all'efficacia ed economicità dell'azione amministrativa; espletamento di tutte le gare precedentemente bandite entro il 31/12/2018. Corso interno per DEC e assistenti al DEC su ruolo e funzioni di RUP e DEC entro 31/12/2018 Liquidazione fatture entro 30 gg dall'arrivo 	20%	3-a	GG di ritardo presentazione Piano	20%	GG		0	30		
				3-b	n. procedure gara indette in tempi utili / n. tot. gare in scadenza 2017	20%	numero		100%	80%		
				3-c	n. gare espletate fra quelle già indette / tot. gare precedentemente indette ancora da espletare	20%	numero		100%	80%		
				3-d	100% dei corsi	20%	%		100%	80%		
				3-e	fatture liquidate/liquidabili	20%	%		90%	80%		
4	Contributo all'organizzazione aziendale	Progressivo accentramento di tutte le gare per forniture di beni e servizi in ABS	15%	4-a	GG di ritardo presentazione Progetto centralizzazione	60%	GG		0	30		
				4-b	% anagrafiche unificate	40%	%		100%	60%		

Eventuali annotazioni:

Data: 24/04/2018

TOTALE Performance (%)

[Signature]
 Il Direttore del CdR
[Signature]
 La Direzione Generale

Sistema di gestione delle performance aziendali: **Scheda di Budget operativo 2018**

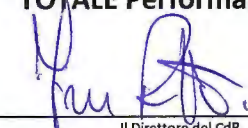
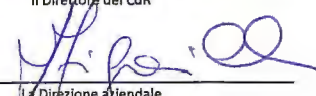
Macrostruttura: DIPARTIMENTO
 CdR: UOC SERVIZIO TECNICO
 Direttore/Resp: Ing. Francesco Proietto

Cod. O b.	Obiettivo strategico di riferimento	Obiettivo Specifico	Peso %	Cod. ind.	Indicatore di performance	Peso %	Unità misura	Storico (2016)	Atteso (100%)	Minimo (0%)	Verificato	Perf. %
1	Contenimento dei costi diretti ed indiretti	<ul style="list-style-type: none"> Rispetto di tutti gli obiettivi di competenza previsti nel P.O. 2016-2018 (DCA n. 52/2017), in linea con le scadenze previste ed evitando rilievi della R.L. Anche in relazione agli obblighi di pubblicazione previsti da ANAC in materia di trasparenza, procedere alla ricognizione del patrimonio immobiliare aziendale, alla pubblicazione del relativo elenco nei tempi previsti da ANAC (aprile 2018) e procedere all'individuazione delle procedure per la vendita del patrimonio immobiliare disponibile entro il 30/09/2018 (In collaborazione con AA.GG.) Rispetto del budget trasversale assegnato, contenimento costi di propria competenza, anche mediante la rinegoziazione dei contratti in essere, e predisposizione di reportistica mensile su principali voci di spesa a DG, DA e DS con segnalazione criticità e comunicazione delle misure intraprese. Rinegoziazione di tutti i contratti in essere per i quali ci sia ulteriore risparmio per l'Azienda entro il 31/12/2018 Azzeramento proroghe 	45%	1-a	% di scadenze indicate nel P.O. rispettate in termini di puntualità e di adeguatezza dei contenuti.	14%	%		100%	80%		
				1-b	n. rilievi da parte della R.L.	14%	numero		0	1		
				1-c	Rispetto scadenza prevista	14%	SI/NO		1	0		
				1-d	n. report mensili puntualmente trasmessi secondo i contenuti definiti nell'obiettivo	14%	numero		8	2		
				1-e	n. contratti rinegoziati a favore dell'economicità aziendale / n. contratti target	14%	%		100%	0%		
				1-f	n. contratti rinegoziati / n. contratti target	14%	%		100%	80%		
				1-g	n. proroghe	14%	numero		0	1		
2	Ottimizzazione della produttività e dei processi	<ul style="list-style-type: none"> Puntuale gestione del Piano triennale degli investimenti come deliberato da IFO: Rispetto cronoprogramma inviato in RL sui lavori pubblici ex art. 20 allegato alla presente scheda Rispetto cronoprogramma concordato con la Direzione Strategica per le restanti attività non ricomprese nell'art. 20 Piena compliance della U.O. alle attività finalizzate all'accreditamento ISO 9001 di IFO Provvedere alla creazione del fondo unico az. Per l'incentivazione delle funzioni tecniche di cui all'art. 113 del codice degli appalti e concessioni vigente. Predisporre proposta di Regolamento aziendale che ne disciplini le modalità entro il 30/6/2018 (In collaborazione con l'ABS) Passaggio all'amministrazione digitale, con adozione del sistema delibere digitali entro il 14/05/2018 	40%	2-a	GG di ritardo rispetto al cronoprogramma	20%	GG		0	30		
				2-b	GG di ritardo rispetto al cronoprogramma	20%	GG		0	30		
				2-c	Accreditamento Direzione Amministrativa	20%	SI/NO		1	0		
				2-d	Rispetto scadenza prevista	20%	SI/NO		1	0		
				2-e	GG di ritardo rispetto alla scadenza prevista	20%	GG		0	30		
3	Contributo al Governo Aziendale	<ul style="list-style-type: none"> Liquidazione fatture entro 30 gg dall'arrivo Presentazione Piano aziendale delle manutenzioni apparecchiature elettromedicali entro il 30/09/2018 	15%	3-a	fatture liquidate/liquidabili	50%	%		90%	80%		
				3-b	GG di ritardo rispetto alla scadenza prevista	50%	GG		0	30		

Eventuali annotazioni:

Data: 18/04/2018

TOTALE Performance (%)


 Il Direttore del CdR

 La Direzione Aziendale

CRONOPROGRAMMA DEI PRINCIPALI INTERVENTI MANUTENTIVI/RISTRUTTURAZIONE DA ESEGUIRE

Interventi generali adeguamento antincendio		2018												2019												2020											
Attività	Esecutore	mesi	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set							
gara progettazione	IFO	4																																			
progettazione	Profess.ester.	4																																			
approvazione progettazione	IFO - NVR RL	2																																			
gara d'appalto	IFO	6																																			
esecuzione lavori	appaltatore	12																																			
Interventi adeguamento antincendio attività secondarie		2018												2019																							
Attività	Esecutore	mesi	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott																
affidamento progettazione	IFO	2																																			
progettazione	Profess.ester.	2																																			
approvazione progettazione	IFO - NVR RL	2																																			
gara d'appalto	IFO	6																																			
esecuzione lavori	appaltatore	6																																			
manutenzioni edili		2018																																			
Attività	Esecutore	mesi	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott																												
progettazione	IFO	1																																			
approvazione progettazione	IFO	1																																			
gara d'appalto	IFO	6																																			
manutenzioni opere a verde		2018																																			
Attività	Esecutore	mesi	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott																												
progettazione	IFO	1																																			
approvazione progettazione	IFO	1																																			
gara d'appalto	IFO	6																																			
laboratorio colture cellulari		2018												2019																							
Attività	Esecutore	mesi	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	gen	feb	mar	apr																						
gara d'appalto	IFO	5																																			
esecuzione lavori	appaltatore	8																																			