

PIANO DELLA PERFORMANCE

*Valutazione finale
obiettivi di Budget per CDR*

Anno 2025

Definitiva al 09/06/2026

BUDGET 2025

S.S. Area Infermieristica
Direzione Sanitaria

OBIETTIVI 2025	Peso %	Peso eff %	Resp/CoIn	Obiettivo specifico	Indicatore	Verifica al 31/12/2025	% ragg. finale	peso ragg. finale	Nome Obiettivo
Screening e prevenzione	15%	15%	SC LRPO/SC Screening e Prevenzione Sec.-SS Area Infermieristica-SS Area Tec. San.-SC Attività Tecnico Amministrative	Percorso di centralizzazione screening coloretale	Avvio per almeno 1 ex ambito territoriale per ciascuna AASS RT	AUSL Toscana Nord Ovest: avviati tutti gli ex ambiti territoriali (Pisa, Livorno, Massa Carrara, Lucca, Viareggio) AUSL Toscana Centro: avviati due ex ambiti su tre (Empoli, Prato) AUSL Toscana Sud Est: non avviato per problemi di interfaccia ICT (variato cronoprogramma ESTAR)	100%	15%	SCR CENTR
	30%	30%	SC Epidemiologia Fattori Rischio/SC Screening e Prevenzione Secondaria-SS Riabilitazione-SC Senologia-SC LRPO-SS Igiene-SC Epidemiologia Clinica-SS Area Infermieristica-SS Area Tec. San.-SC Attività Tecnico Amministrative	Collaborazione allo sviluppo delle progettualità strategiche: 1) Progetto Domus 2) Attivazione di percorsi multiscreening e di prevenzione primaria 3) Condivisione e diffusione sul territorio toscano di attività di prevenzione, promozione della salute, stili di vita e di interventi per promuovere l'aderenza ai piani vaccinali, agli screening oncologici, alla tutela dell'ambiente/risorse, alla riduzione dello spreco alimentare DGRT 265/2024	1) Valutazione positiva da parte del Sant'Anna 2) e 3) Partecipazione alla realizzazione degli eventi	1) Ricevuto il pagamento dalla Scuola Superiore Sant'Anna per il progetto Domus - obiettivo raggiunto al 100% 2) Partecipazione attiva del personale afferente alla Struttura alla realizzazione del progetto "Definizione della Organizzazione e dei Modelli". Partecipazione da parte dei coordinatori alla pianificazione, organizzazione e realizzazione degli eventi multiscreening, sensibilizzazione e prevenzione. Partecipazione del personale alla realizzazione degli eventi. 3) Partecipazione a 4 eventi - obiettivo raggiunto al 100%	100%	30%	COLLAB
	15%	15%	SC Screening e prev sec-SS Area Inf-SS Area Tec San-SC LRPO	Screening Cervicale: Copertura NSG >= anno 2024	% copertura NSG	Screening Cervicale - Copertura NSG: - anno 2025: 79,10% anno 2024: 60,22%	100%	15%	SCR COP
Completezza e qualità dei flussi informativi	20%	20%	SS Igiene-SS Area Inf-SS Area Tec San-SS Riabilitazione-SC Attività Tec Amm	Passaggio al CUP 2.0/3.0	Data passaggio risultante dai verbali di collaudo	Relazione sul coordinamento inviata in Direzione in data 18/12/2025. Verbale di "Verifica di conformità Funzionale relativa al software CUP OnHealth" firmato in data 09/04/2025 Verbale CUP 3.0 front office firmato in data 12/03/2025	100%	20%	CUP
Soddisfazione dell'utente	20%	20%		Empowerment e umanizzazione nei confronti dell'utenza	Analisi formalizzata delle segnalazioni ricevute dall'URP N° 1 Reclamo giustificato (con richiamo operatore); nell'anno 2024 N° 0 reclami - raggiunto 0%	Redatto report URP anno 2025 - raggiunto 100% N° 1 Reclamo giustificato (con richiamo operatore); nell'anno 2024 N° 0 reclami - raggiunto 0%	50%	10%	URP
TOTALE	100%	100%						90%	

* Dato aggiornato a marzo 2026

CODICE COLORE:	% RAGG
CELLA VERDE	90-100
CELLA GIALLA	50-89
CELLA ARANCIONE	30-49
CELLA ROSSA	0-29
CELLA AZZURRA	ND
CELLA GRIGIA	NV

% RAGGIUNTO

% RAGGIUNGIBILE (ESCLUSI NV)

% RAGGIUNTA SUL RAGGIUNGIBILE

90%

100%

90%

La Direttrice Generale _____

Visto del Controllo di Gestione _____

Il Direttore Sanitario/Resp. CdR _____

La Direttrice Amministrativa _____

BUDGET 2025

**S.S. Area Tecnico Sanitario
Direzione Sanitaria**

OBIETTIVI 2025	Peso %	Peso eff %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Verifica al 31/12/2025	% ragg. finale	peso ragg. finale	Nome Obiettivo
Screening e prevenzione	15%	15%	SC LRPO/SC Screening e Prevenzione Set.-SS Area Infermieristica-SS Area Tec. San.-SC Attività Tecnico Amministrative	Percorso di centralizzazione screening colorettales	Avvio per almeno 1 ex ambito territoriale per ciascuna AASS RT	AUSL Toscana Nord Ovest: avviati tutti gli ex ambiti territoriali (Pisa, Livorno, Massa Carrara, Lucca, viareggio) AUSL Toscana Centro: avviati due ex ambiti su tre (Empoli, Prato) AUSL Toscana Sud Est: non avviato per problemi di interfaccia ICT (variato cronoprogramma ESTAR)	100%	15%	SCR CENTR
	30%	30%	SC Epidemiologia Fattori Rischio/SC Screening e Prevenzione Secondaria-SS Riabilitazione-SC Senologia-SC LRPO-SS Igene-SC Epidemiologia Clinica-SS Area Infermieristica-SS Area Tec. San.-SC Attività Tecnico Amministrative	Collaborazione allo sviluppo delle progettualità strategiche: 1) Progetto Domus 2) Attrazione di percorsi multiscreening e di prevenzione primaria 3) Condivisione e diffusione sul territorio toscano di attività di prevenzione, promozione della salute, stili di vita e di interventi per promuovere l'aderenza ai piani vaccinali, agli screening oncologici, alla tutela dell'ambiente/risorse, alla riduzione dello spreco alimentare DGRT 265/2024	1)Valutazione positiva da parte del Sant'Anna 2) e 3)Partecipazione alla realizzazione degli eventi	1) Ricevuto il pagamento dalla Scuola Superiore Sant'Anna per il progetto Domus - obiettivo raggiunto al 100% 2) Partecipazione attiva del personale afferente alla Struttura alla realizzazione del progetto "Definizione della Organizzazione e dei Modelli". Partecipazione da parte dei coordinatori alla pianificazione, organizzazione e realizzazione degli eventi multiscreening, sensibilizzazione e prevenzione. Partecipazione del personale alla realizzazione degli eventi. 3) Partecipazione a 4 eventi - obiettivo raggiunto al 100%	100%	30%	COLLAB
	20%	20%	SC Screening e prev sec/SS Area Inf/SS Area Tec San/SC LRPO	Screening Mammografico: Copertura NSG >= all'anno 2024 Screening Colon-retto: Copertura NSG >= al 50% Screening Cervicale: Copertura NSG >= all'anno 2024	% copertura NSG	Screening Mammografico - Copertura NSG: - anno 2025: 57,91% - anno 2024: 67,43% Screening Colon-retto - Copertura NSG: - anno 2025: 42,85% target: 50% Screening Cervicale - Copertura NSG: - anno 2025: 79,10% - anno 2024: 60,22%	91%	18%	SCR COP
Completezza e qualità dei flussi informativi	10%	10%	SC Senologia Clinica/SS Area Tecnico Sanitaria	Passaggio al nuovo SW della cartella senologia	Data passaggio risultante da verbale di collaudo	Gli avvisi in produzione della Senologia Clinica, sono avvenuti: - a giugno 2025 per la provenienza SSN, in contemporanea all'avvio del CUP; - a dicembre 2025 per la provenienza Libera Professione	100%	10%	CART SENO
	10%	10%	SS Igene-SS Area Inf-SS Area Tec San-SS Riabilitazione-SC Attività Tec Amm	Passaggio al CUP 2.0/3.0	Data passaggio risultante dai verbali di collaudo	Relazione sul coordinamento inviata in Direzione in data 18/12/2025. Verbale di "Verifica di conformità Funzionale relativa al software CUP OnHealth" firmato in data 09/04/2025 Verbale di "Verifica Funzionale /Tecnica relativa al blocco Integrazione CUP/SUTTESTENSA EBT" firmato in data 13/02/2025 Verbale CUP 3.0 front office firmato in data 12/03/2025	100%	10%	CUP
Soddisfazione dell'utente	15%	15%		Empowerment e umanizzazione nei confronti dell'utenza	Presenza di elogi e N° di reclami giustificati specifici all'URP non superiori a 3	Anno 2025: N° 3 reclami giustificati e 3 elogi - raggiunto al 100%	100%	15%	URP
TOTALE	100%	100%				<i>* Dato aggiornato a marzo 2026</i>		98%	

CODICE COLORE:	% RAGG
CELLA VERDE	90-100
CELLA GIALLA	50-89
CELLA ARANCIONE	30-49
CELLA ROSSA	0-29
CELLA AZZURRA	ND
CELLA GRIGIA	NV

% RAGGIUNTO

98%

% RAGGIUNGIBILE (ESCLUSI NV)

100%

% RAGGIUNTA SUL RAGGIUNGIBILE

98%

La Direttrice Generale _____

Visto del Controllo di Gestione _____

Il Direttore Sanitario/Resp. CdR _____

La Direttrice Amministrativa _____

BUDGET 2025

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Direttore: Dott.ssa Paola Mantellini

OBIETTIVI 2025	Peso %	Peso eff %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Verifica al 31/12/2025	% ragg. finale	peso ragg. finale	Nome Obiettivo
Screening e prevenzione	15%	15%	SC LRPO/SC Screening e Prevenzione Sec.-SS Area Infermieristica-SS Area Tec. San.-SC Attività Tecnico Amministrative	Percorso di centralizzazione screening colorettrale	Avvio per almeno 1 ex ambito territoriale per ciascuna AASS RT	AUSL Toscana Nord Ovest: avviati tutti gli ex ambiti territoriali (Pisa, Livorno, Massa Carrara, Lucca, viareggio) AUSL Toscana Centro: avviati due ex ambiti su tre (Empoli, Prato) AUSL Toscana Sud Est: non avviato per problemi di interfaccia ICT (variato cronoprogramma ESTAR)	100%	15%	SCR CENTR
	10%	10%	SC Epidemiologia Fattori Rischio/SC Screening e Prevenzione Secondaria-SS Riabilitazione-SC Senologia-SC LRPO-SS Igiene-SC Epidemiologia Clinica-SS Area Infermieristica-SS Area Tec. San.-SC Attività Tecnico Amministrative	Collaborazione allo sviluppo delle progettualità strategiche: 1) Progetto Domus 2) Attivazione di percorsi multiscreening e di prevenzione primaria 3) Condivisione e diffusione sul territorio toscano di attività di prevenzione, promozione della salute, stili di vita e di interventi per promuovere l'aderenza ai piani vaccinali, agli screening oncologici, alla tutela dell'ambiente/risorse, alla riduzione dello spreco alimentare DGRT 265/2024	1) Valutazione positiva da parte del Sant'Anna 2) e 3) Partecipazione alla realizzazione degli eventi	1) Ricevuto il pagamento dalla Scuola Superiore Sant'Anna per il progetto Domus - obiettivo raggiunto al 100% 2) Partecipazione attiva del personale afferente alla Struttura alla realizzazione del progetto "Definizione della Organizzazione e dei Modelli" e alla pianificazione, organizzazione e realizzazione degli eventi multiscreening, sensibilizzazione e prevenzione 3) Partecipazione a 1 evento - obiettivo raggiunto al 100%	100%	10%	COLLAB
	30%	30%	SC Screening e prev sec/SS Area Inf/SS Area Tec San/SC LRPO	Screening Mammografico: Copertura NSG >= all'anno 2024 Screening Colon-retto: Copertura NSG >= al 50% Screening Cervicale: Copertura NSG >= all'anno 2024	% copertura NSG	Screening Mammografico - Copertura NSG: - anno 2025: 57,91% anno 2024: 67,13% Screening Colon-retto - Copertura NSG: - anno 2025: 42,85% target: 50% Screening Cervicale - Copertura NSG: - anno 2025: 79,10% anno 2024: 60,22%	91%	27%	SCR COP
	15%	0%	SC Screening e Prevenzione Sec - SC LRPO	Passaggio al test HPV primario per lo screening della cervice uterina per le donne in fascia 30-34 anni	Organizzazione inviti per la fascia di età 30-34 anni	Non Valutabile - Adozione dell'atto regionale il 15/12/2025 - DGRT 1726/2025	N.V.	0%	HPV
	10%	10%		Supporto tecnico per il gestionale di screening	Attivazione di un gruppo tecnico N° di riunioni effettuate dal gruppo tecnico N° di criticità alle quali è stato fornito un riscontro positivo	Attivazione da parte di ESTAR del Competent Center - raggiungimento 100% N° di riunioni effettuate: 17- raggiungimento 100% N° di criticità alle quali è stato fornito un riscontro positivo: 8/9 - raggiungimento 89%	96%	10%	SCR GEST
Qualità	10%	10%	SC Senologia	Revisione della procedura sui percorsi radiologici	Inserimento matrice di responsabilità, diagramma di flusso e indicatori	Procedura "Percorso ambulatoriale II livello" - Screening Mammografico Ed. 2 Rev.1 include la matrice di responsabilità, la swimlane e gli indicatori.	100%	10%	RAD
Capacità di ricerca	5%	5%		IF di struttura >= all'IF medio di struttura di 3 anni	IF Anno 2025/IF medio Anni 2022-2024	IF anno 2025= 41,72 IF anno medio 2022-2024 = [(78,52+60,31+57,20)/3] = 65,34 Percentuale di raggiungimento 64%	64%	3%	IF
Sostenibilità del sistema sanitario	5%	5%		Mantenimento della spesa per dispositivi medici rispetto al 2024 in rapporto all'attività erogata	Valore consumi dispositivi Anno 2025/Valore consumi dispositivi Anno 2024	Valore anno 2025: 380.185,13 Valore anno 2024: 429.405,01 Differenza: -11,46%	100%	5%	SPESA
TOTALE	100%	85%						80%	

* Dato aggiornato a marzo 2026

CODICE COLORE:	% RAGG
CELLA VERDE	90-100
CELLA GIALLA	50-89
CELLA ARANCIONE	30-49
CELLA ROSSA	0-29
CELLA AZZURRA	ND
CELLA GRIGIA	NV

% RAGGIUNTO
% RAGGIUNGIBILE (ESCLUSI NV)
% RAGGIUNTA SUL RAGGIUNGIBILE

80%
85%
94%

La Direttrice Generale _____

La Responsabile di CdR _____

Il Direttore Sanitario _____

Visto del Controllo di Gestione _____

La Direttrice Amministrativa _____

BUDGET 2025

S.S. Centro di Riabilitazione Oncologica

Responsabile: Dott.ssa Isolina Bracciali

OBIETTIVI 2025	Peso %	Peso eff %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Verifica al 31/12/2025	% ragg. finale	peso ragg. finale	Nome Obiettivo
Screening e prevenzione	20%	20%	SS Area Tec. San/SC Epidemiologia Fattori Rischio-SC Screening e Prevenzione Secondaria-SS Riabilitazione-SC Senologia-SC LRPO-SS Igiene-SC Epidemiologia Clinica-SS Area Infermieristica - S.C. Attività tecnico amministrative	Collaborazione allo sviluppo delle progettualità strategiche: 1) Attivazione di percorsi multiscreening e di prevenzione primaria 2) Condivisione e diffusione sul territorio toscano di attività di prevenzione, promozione della salute, stili di vita e di interventi per promuovere l'aderenza ai piani vaccinali, agli screening oncologici, alla tutela dell'ambiente/risorse, alla riduzione dello spreco alimentare DGRT 265/2024	Partecipazione alla realizzazione degli eventi	1) Non valutabile perché la struttura non è stata coinvolta 2) Non richiesta la partecipazione agli eventi	100%	20%	COLLAB
Rischio Clinico	20%	20%		Effettuazione di almeno 3 audit e/o rassegne di M&M	N. di audit e/o rassegne di M&M	N° 0	0%	0%	AUD
	15%	15%		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	Applicazione buone pratiche per la sicurezza del paziente "Capacità di controllo delle cadute dei pazienti"	Registrate 4 cadute archiviate in quanto non hanno richiesto approfondimenti o evoluzioni	100%	15%	CAD
Completezza e qualità dei flussi informativi	25%	25%		Mantenimento dell'alimentazione del Flusso SIAR	Flussi correttamente inviati	Conferma da ESTAR dell'invio corretto dei flussi SIAR nell'anno 2025	100%	25%	SIAR
	20%	20%	SS Igiene-SS Area Inf-SS Area Tec San-SS Riabilitazione-SC Attività Tec Amm	Passaggio al CUP 2.0/3.0	Data passaggio risultante dai verbali di collaudo	Relazione sul coordinamento inviata in Direzione in data 18/12/2025. Verbale di "Verifica di conformità Funzionale relativa al software CUP OnHealth" firmato in data 09/04/2025 Verbale CUP 3.0 front office firmato in data 12/03/2025	100%	20%	CUP
TOTALE	100%	100%						80%	

CODICE COLORE:	% RAGG
CELLA VERDE	90-100
CELLA GIALLA	50-89
CELLA ARANCIONE	30-49
CELLA ROSSA	0-29
CELLA AZZURRA	ND
CELLA GRIGIA	NV

% RAGGIUNTO 80%
 % RAGGIUNGIBILE (ESCLUSI NV) 100%
% RAGGIUNTA SUL RAGGIUNGIBILE 80%

La Direttrice Generale _____

Visto del Controllo di Gestione _____

Il Direttore Sanitario/Resp. CdR _____

La Direttrice Amministrativa _____

BUDGET 2025

S.C. Senologia clinica

Direttore: Dott. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2025	Peso %	Peso eff %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Verifica al 31/12/2025	% ragg. finale	peso ragg. finale	Nome Obiettivo
Screening e prevenzione	20%	0%	SC Epid fattori rischio/SC Senologia Clinica	Sviluppo di sinergie con AVC per pazienti ad alto rischio e per percorsi senologici	Definizione di intese/accordi	Non valutabile per cambio Direzione Aziendale	N.V.	0%	AVC
	20%	20%	SC Epidemiologia Fattori Rischio/SC Screening e Prevenzione Secondaria-SS Riabilitazione-SC Senologia-SC LRPO-SS Igene-SC Epidemiologia Clinica-SS Area Infermieristica-SS Area Tec. San.-SC Attività Tecnico Amministrative	Collaborazione allo sviluppo delle progettualità strategiche: 1) Progetto Domus 2) Attivazione di percorsi multiscreening e di prevenzione primaria 3) Condivisione e diffusione sul territorio toscano di attività di prevenzione, promozione della salute, stili di vita e di interventi per promuovere l'aderenza ai piani vaccinali, agli screening oncologici, alla tutela dell'ambiente/risorse, alla riduzione dello spreco alimentare DGRT 265/2024	1)Valutazione positiva da parte del Sant'Anna 2) e 3)Partecipazione alla realizzazione degli eventi	1) Ricevuto il pagamento dalla Scuola Super perieore Sant'Anna per il progetto Domus - obiettivo raggiunto al 100% 2) Partecipazione del personale afferente alla Struttura alla realizzazione degli eventi 3) Partecipazione a 1 evento - obiettivo raggiunto al 100%	100%	20%	COLLAB
Completezza e qualità dei flussi informativi	10%	10%		Corretta prescrizione delle prestazioni ambulatoriali: Data prescrizione della ricetta antecedente alla data di erogazione in almeno il 90% delle prescrizioni	% di ricetta con data prescrizione antecedente alla data di erogazione (escluse V10.3 e V16.3)	Ricetta con data prescrizione antecedente alla data di erogazione (escluse V10.3 e V16.3, escluse biopsie ecoguidate, agoaspirato linfonodale e aspirazione ipercutanea cisti, escluse prestazioni di approfondimento erogate nello stesso momento della visita) = 89,9% su 90%	100%	10%	PRESC
	20%	20%	SC Senologia Clinica-SS Area Tecnico Sanitaria	Passaggio al nuovo SW della cartella senologia	Data passaggio risultante da verbale di collaudo	Gli avvii in produzione della Senologia Clinica, sono avvenuti: - a giugno 2025 per la provenienza SSN, in contemporanea all'avvio del CUP; - a dicembre 2025 per la provenienza Libera Professione	100%	20%	CART SENO
Sostenibilità del sistema sanitario	10%	10%		Mantenimento della spesa per dispositivi medici rispetto al 2024 in rapporto all'attività erogata	Valore consumi dispositivi Anno 2025/Valore consumi dispositivi Anno 2024	Valore anno 2025: 112.963,12€ Valore anno 2024: 93.677,91€ Differenza: +20,59% Valore di attività* anno 2025: 1.923.595,3€ Valore di attività* anno 2024: 1.392.622,4€ Differenza: +38,13%	100%	10%	SPESA
Qualità	10%	10%		Revisione della procedura sui percorsi radiologici	Inserimento matrice di responsabilità, diagramma di flusso e indicatori	Procedura "Percorso ambulatoriale II livello" - Screening Mammografico Ed. 2 Rev.1 include la matrice di responsabilità, la swimlane e gli indicatori.	100%	10%	RAD
Rischio Clinico	10%	10%		Effettuazione di almeno 3 audit e/o rassegne di M&M	N. di audit e/o rassegne di M&M	N° 3	100%	10%	AUD
TOTALE	100%	80%				<i>*figurativa</i>		80%	

CODICE COLORE:	% RAGG
CELLA VERDE	90-100
CELLA GIALLA	50-89
CELLA ARANCIONE	30-49
CELLA ROSSA	0-29
CELLA AZZURRA	ND
CELLA GRIGIA	NV

% RAGGIUNTO

80%

% RAGGIUNGIBILE (ESCLUSI NV)

80%

% RAGGIUNTA SUL RAGGIUNGIBILE

100%

La Direttrice Generale _____

Il Responsabile di CdR _____

Il Direttore Sanitario _____

Visto del Controllo di Gestione _____

La Direttrice Amministrativa _____

BUDGET 2025

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

Direttore: Dott.ssa Cristina Sani

OBIETTIVI 2025	Peso %	Peso eff %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Verifica al 31/12/2025	% ragg. finale	peso ragg. finale	Nome Obiettivo
Screening e prevenzione	30%	30%	SC LRPO/SC Screening e Prevenzione Sec.-SS Area Infermieristica-SS Area Tec. San.-SC Attività Tecnico Amministrative	Percorso di centralizzazione screening colorettrale	Avvio per almeno 1 ex ambito territoriale per ciascuna AASS RT	AUSL Toscana Nord Ovest: avviati tutti gli ex ambiti territoriali (Pisa, Livorno, Massa Carrara, Lucca, viareggio) AUSL Toscana Centro: avviati due ex ambiti su tre (Empoli, Prato) AUSL Toscana Sud Est: non avviato per problemi di interfaccia ICT (variato cronoprogramma ESTAR)	100%	30%	SCR CENTR
	15%	15%	SC Epidemiologia Fattori Rischio/SC Screening e Prevenzione Secondaria-SS Riabilitazione-SC Senologia-SC LRPO-SS Igiene-SC Epidemiologia Clinica-SS Area Infermieristica-SS Area Tec. San.-SC Attività Tecnico Amministrative	Collaborazione allo sviluppo delle progettualità strategiche: 1) Progetto Domus 2) Attivazione di percorsi multiscreening e di prevenzione primaria 3) Condivisione e diffusione sul territorio toscano di attività di prevenzione, promozione della salute, stili di vita e di interventi per promuovere l'aderenza ai piani vaccinali, agli screening oncologici, alla tutela dell'ambiente/risorse, alla riduzione dello spreco alimentare DGRT 265/2024	1) Valutazione positiva da parte del Sant'Anna 2) e 3) Partecipazione alla realizzazione degli eventi	1) Ricevuto il pagamento dalla Scuola Super perieore Sant'Anna per il progetto Domus - obiettivo raggiunto al 100% 2) Non valutabile perché la struttura non è stata coinvolta 3) Partecipazione a 1 evento - obiettivo raggiunto al 100%	100%	15%	COLLAB
	20%	20%	SC Screening e prev sec/SS Area Inf/SS Area Tec San/SC LRPO	Screening Colon-retto: Copertura NSG >= al 50% Screening Cervicale: Copertura NSG >= all'anno 2024	% copertura NSG	Screening Colon-retto - Copertura NSG: - anno 2025: 42,85% target: 50% Screening Cervicale - Copertura NSG: - anno 2025: 79,10% anno 2024: 60,22%	93%	19%	SCR COP
	15%	0%	SC Screening e Prevenzione Sec - SC LRPO	Passaggio al test HPV primario per lo screening della cervice uterina per le donne in fascia 30-34 anni	Effettuazione test HPV primario per le rispondenti in fascia di età 30-34 anni	Non Valutabile - Adozione dell'atto regionale il 15/12/2025 - DGRT 1726/2025	N.V.	0%	HPV
Sostenibilità del sistema sanitario	10%	10%		Mantenimento spesa per dispositivi medici rispetto al 2024 (esclusi DM per centralizzazione colorettrale) in rapporto all'attività erogata	Valore consumi dispositivi Anno 2025/Valore consumi dispositivi Anno 2024	Valore anno 2025: 869.282,51 Valore anno 2024: 789.265,32 Differenza: +10,14% Attività anno 2025: 209.746 prestazioni Attività anno 2024: 181.623 prestazioni Differenza: +15,48%	100%	10%	SPESA
Rischio Clinico	5%	5%		Effettuazione di almeno 5 audit e/o rassegne di M&M	N. di audit e/o rassegne di M&M	N° 6	100%	5%	AUD
Capacità di ricerca	5%	5%		IF di struttura ≥ IF medio di struttura di 3 anni	IF Anno 2025/IF medio Anni 2021-2022-2024	IF anno 2025= 17,71 IF anno medio 2021-22-24 = [(35,97+31,99+24,80)/3] = 30,92 Percentuale di raggiungimento 57%	57%	3%	IF
TOTALE	100%	85%							

* Dato aggiornato a marzo 2026

CODICE COLORE:	% RAGG
CELLA VERDE	90-100
CELLA GIALLA	50-89
CELLA ARANCIONE	30-49
CELLA ROSSA	0-29
CELLA AZZURRA	ND
CELLA GRIGIA	NV

% RAGGIUNTO

% RAGGIUNGIBILE (ESCLUSI NV)

% RAGGIUNTA SUL RAGGIUNGIBILE

81%

85%

96%

La Direttrice Generale _____

Il Direttore Sanitario _____

La Responsabile di CdR _____

La Direttrice Amministrativa _____

Visto del Controllo di Gestione _____

BUDGET 2025

S.C. Core Research Laboratory (CRL)

Direttore: Dott. Rosario Notaro

OBIETTIVI 2025	Peso %	Peso eff %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Verifica al 31/12/2025	% ragg. finale	peso ragg. finale	Nome Obiettivo
Screening e prevenzione	10%	10%		Favorire sinergie in merito a progetti di ricerca su screening oncologici	Relazione di aggiornamento nella quale evidenziare le attività di sinergia prodotte	Relazione "Sinergie tra SC CRL e SS valutazione screening nelle ricerche sul carcinoma prostatico" inviata in Direzione il 16/12/2025	100%	10%	SINER
Capacità di ricerca	30%	30%		IF di struttura \geq IF medio di struttura di 3 anni	IF Anno 2025/IF medio Anni 2022-2024	IF anno 2025= 99,30 IF anno medio 2022-2024 = $[(280,29+96,09+172,46)/3] = 182,95$ Percentuale di raggiungimento 54%	54%	16%	IF
	20%	20%		Capacità di attrarre finanziamenti esterni anche attraverso partecipazione ai bandi di ricerca usciti nell'anno e/o mantenimento delle relazioni attive e sviluppo di relazioni con Reti Internazionali: presentazione di un numero di progetti/reti non inferiore al 2024	N° di progetti presentati come capofila o come partner/reti attive o rapporti certificati dal centro esterno	Progetti presentati: anno 2025: 1 progetto; anno 2024= 8 progetti Relazioni con reti nazionali/internazionali: anno 2025: 15 relazioni; anno 2024= 16 relazioni Complessivo: anno 2025= 16; anno 2024=24 Obiettivo raggiunto al 66,67%	67%	13%	PROG
Qualità e certificazione	30%	30%		Predisposizione di un progetto di certificazione della qualità	Predisposizione ed invio del documento alla Direzione	Relazione predisposta e inviata in Direzione il 23/12/2025	100%	30%	QUAL
Sostenibilità del sistema sanitario	10%	10%		Mantenimento spesa per dispositivi medici e prodotti chimici rispetto al 2024 - esclusi i consumi per progetti finalizzati	Valore consumi dispositivi e prodotti chimici Anno 2025/Valore consumi dispositivi e prodotti chimici Anno 2024	Valore anno 2025: 87.079,08 Valore anno 2024: 86.735,16 Differenza: +0,40% Obiettivo raggiunto al 99,6%	100%	10%	SPESA
TOTALE	100%	100%						80%	

CODICE COLORE:	% RAGG
CELLA VERDE	90-100
CELLA GIALLA	50-89
CELLA ARANCIONE	30-49
CELLA ROSSA	0-29
CELLA AZZURRA	ND
CELLA GRIGIA	NV

% RAGGIUNTO

% RAGGIUNGIBILE (ESCLUSI NV)

% RAGGIUNTA SUL RAGGIUNGIBILE

80%

100%

80%

La Direttrice Generale _____

Visto del Controllo di Gestione _____

Il Direttore Sanitario/Resp. CdR _____

La Direttrice Amministrativa _____

BUDGET 2025

S.S. Igiene, organizzazione e governo dei servizi sanitari

Responsabile: Dott. Tommaso Tanini

OBIETTIVI 2025	Peso %	Peso eff %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Verifica al 31/12/2025	% ragg. finale	peso ragg. finale	Nome Obiettivo
Screening e prevenzione	15%	15%	SC Epidemiologia Fattori Rischio/SC Screening e Prevenzione Secondaria-SS Riabilitazione-SC Senologia-SC LRPO-SS Igiene-SC Epidemiologia Clinica-SS Area Infermieristica-SS Area Tec. San-SC Attività Tecnico Amministrative	Collaborazione allo sviluppo delle progettualità strategiche: 1) Progetto Domus 2) Attivazione di percorsi multiscreening e di prevenzione primaria 3) Condivisione e diffusione sul territorio toscano di attività di prevenzione, promozione della salute, stili di vita e di interventi per promuovere l'aderenza ai piani vaccinali, agli screening oncologici, alla tutela dell'ambiente/risorse, alla riduzione dello spreco alimentare DGRT 265/2024	1) Valutazione positiva da parte del Sant'Anna 2) e 3) Partecipazione alla realizzazione degli eventi	1) Ricevuto il pagamento dalla Scuola Superiore Sant'Anna per il progetto Domus - obiettivo raggiunto al 100% 2) Partecipazione attiva del personale afferente alla Struttura alla realizzazione del progetto "Definizione della Organizzazione e dei Modelli" e alla pianificazione, organizzazione e realizzazione degli eventi multiscreening, sensibilizzazione e prevenzione 3) Partecipazione all'organizzazione degli eventi - obiettivo raggiunto al 100%	100%	15%	COLLAB
Ottimizzazione ed efficientamento dei servizi	40%	40%		Gestione, monitoraggio e verifica attività sanitarie: sorveglianza monitoraggio microbiologico, servizio pulizia, smaltimento rifiuti sanitari, utilizzo spazi ambulatoriali, libera professione intramoenia, liste di attesa e indicatori completezza e qualità dell'informazione SIS	Predisposizione di relazioni, report, indicatori	Ricevuta relazione sulle attività di sorveglianza monitoraggio microbiologico, servizio di pulizia, smaltimento rifiuti sanitari, utilizzo spazi ambulatoriali, liste di attesa, indicatori di appropriatezza e qualità dell'informazione SIS, libera professione.	100%	40%	GEST
Rete oncologica Regione Toscana	20%	20%		Supporto al coordinamento della Rete Oncologica con particolare attenzione ai percorsi di aggiornamento e revisione dei PDTA	Partecipazione agli incontri di coordinamento delle Rete Relazione semestrale sullo stato di aggiornamento dei PDTA	Relazione del secondo semestre sullo stato di avanzamento dei PDTA inviata il 18/12/2025 N° incontri effettuati: 10	100%	20%	PDTA
Completezza e qualità dei flussi informativi	25%	25%	SS Igiene-SS Area Inf-SS Area Tec San-SS Riabilitazione-SC Attività Tec Amm	Coordinamento per il passaggio al CUP 2.0/3.0	Data passaggio risultante dai verbali di collaudo	Relazione sul coordinamento inviata in Direzione in data 18/12/2025. Verbale di "Verifica di conformità Funzionale relativa al software CUP OnHealth" firmato in data 09/04/2025 Verbale di "Verifica Funzionale /Tecnica relativa al blocco Integrazione CUP/SUITESTENSA EBFI" firmato in data 13/02/2025 Verbale CUP 3.0 front office firmato in data 12/03/2025	100%	25%	CUP
TOTALE	100%	100%						100%	

CODICE COLORE:	% RAGG
CELLA VERDE	90-100
CELLA GIALLA	50-89
CELLA ARANCIONE	30-49
CELLA ROSSA	0-29
CELLA AZZURRA	ND
CELLA GRIGIA	NV

% RAGGIUNTO

% RAGGIUNGIBILE (ESCLUSI NV)

% RAGGIUNTA SUL RAGGIUNGIBILE

100%

100%

100%

La Direttrice Generale _____

Visto del Controllo di Gestione _____

Il Direttore Sanitario/Resp. CdR _____

La Direttrice Amministrativa _____

BUDGET 2025

S.C. Epidemiologia Clinica e di supporto al Governo Clinico
Direttore: Dott.ssa Giovanna Masala

OBIETTIVI 2025	Peso %	Peso eff %	Resp/CoIn	Obiettivo specifico	Indicatore	Verifica al 31/12/2025	% ragg. finale	peso ragg. finale	Nome Obiettivo
Screening e Prevenzione	20%	20%	SC Epidemiologia Fattori Rischio/SC Screening e Prevenzione Secondaria-SS Riabilitazione-SC Senologia-SC LRPO-SS Igiene-SC Epidemiologia Clinica-SS Area Infermieristica-SS Area Tec. San.-SC Attività Tecnico Amministrative	Collaborazione allo sviluppo delle progettualità strategiche: 1) Progetto Domus 2) Attivazione di percorsi multiscreening e di prevenzione primaria 3) Condivisione e diffusione sul territorio toscano di attività di prevenzione, promozione della salute, stili di vita e di interventi per promuovere l'aderenza ai piani vaccinali, agli screening oncologici, alla tutela dell'ambiente/risorse, alla riduzione dello spreco alimentare DGRT 265/2024	1)Valutazione positiva da parte del Sant'Anna 2) e 3)Partecipazione alla realizzazione degli eventi	1) Ricevuto il pagamento dalla Scuola Super perieore Sant'Anna per il progetto Domus - obiettivo raggiunto al 100% 2) Partecipazione del personale afferente alla Struttura alla realizzazione degli eventi 3) Partecipazione a 2 eventi - obiettivo raggiunto al 100%	100%	20%	COLLAB
	20%	20%		Monitoraggio mensile degli indicatori screening (adesione/estensione, tempi di attesa, NSG)	Predisposizione di report di monitoraggio con cadenza mensile da trasmettere in Direzione (adesione/estensione, tempi di attesa, NSG)	Monitoraggi mensili e email di invio trasmissione in Direzione. N. invii anno 2025: 5/5.	100%	20%	SCR MON
Capacità di ricerca	20%	20%		IF di struttura ≥ IF medio di struttura di 3 anni	IF Anno 2025/IF medio Anni 2022-2024	IF anno 2025= 418,51 IF anno medio 2022-2024 =[(535,08+448,37+507,04)/3]=496,83 Percentuale di raggiungimento 84%	84%	17%	IF
	20%	20%		Capacità di attrarre finanziamenti esterni anche attraverso partecipazione ai bandi di ricerca usciti nell'anno e/o mantenimento delle relazioni attive e sviluppo di relazioni con Reti Nazionali e Internazionali: presentazione di almeno 10 progetti/reti	N° di progetti presentati come capofila o come partner/reti attive o rapporti certificati dal centro esterno	Progetti presentati nel complesso delle strutture Epidemiologia Clinica e Epidemiologia dei fattori di rischio: anno 2025: 2 progetti; anno 2024= 10 progetti Relazioni con reti nazionali/internazionali: anno 2025: 20 relazioni; anno 2024= 9 relazioni Complessivo: anno 2025= 22; anno 2024=19 Obiettivo raggiunto al 100%	100%	20%	PROG
Registri	20%	20%		Registro Tumori: Completamento inserimento Anno 2021 (100%), Anno 2022 (almeno il 50%) e realizzazione stime totali e per area vasta annuali (anno 2025)	N° inserimenti effettuati/N° casi da inserire dei vari anni, Stime prodotte	Relazione Registro Tumori: Anno 2021 completo inserimento (100%) Anno 2022 registrazione del 75% dei casi attesi Anno 2025 realizzazione stime totali e per area vasta annuali	100%	20%	REG T
TOTALE	100%	100%						97%	

CODICE COLORE:	% RAGG
CELLA VERDE	90-100
CELLA GIALLA	50-89
CELLA ARANCIONE	30-49
CELLA ROSSA	0-29
CELLA AZZURRA	ND
CELLA GRIGIA	NV

% RAGGIUNTO
% RAGGIUNGIBILE (ESCLUSI NV)
% RAGGIUNTA SUL RAGGIUNGIBILE

97%
100%
97%

La Direttrice Generale _____

La Responsabile di CdR _____

Il Direttore Sanitario _____

Visto del Controllo di Gestione _____

La Direttrice Amministrativa _____

BUDGET 2025

S.C. Epidemiologia dei Fattori di rischio e degli stili di vita

Direttore sostituto: Dott.ssa Giovanna Masala

OBIETTIVI 2025	Peso %	Peso eff %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Verifica al 31/12/2025	% ragg. finale	peso ragg. finale	Nome Obiettivo
Screening e Prevenzione	25%	25%	SC Epidemiologia Fattori Rischio/SC Screening e Prevenzione Secondaria-SS Riabilitazione-SC. Senologia-SC. LRPO-SS Igiene-SC. Epidemiologia Clinica-SS Area Infermieristica-SS Area Tec. San.-SC Attività Tecnico Amministrative	Condivisione e diffusione sul territorio toscano di prevenzione, promozione della salute, stili di vita e di interventi per promuovere l'aderenza ai piani vaccinali, agli screening oncologici, alla tutela dell'ambiente/risorse, alla riduzione dello spreco alimentare DGR 265/2024	Coordinamento gruppo di lavoro e partecipazione alla realizzazione degli eventi	Relazione sulle attività realizzate dal personale e sul coordinamento delle attività. Coordinamento e partecipazione alla realizzazione di 15 eventi.	100%	25%	COLLAB
	15%	15%	SC Epidemiologia Fattori Rischio/SC Screening e Prevenzione Secondaria-SS Riabilitazione-SC. Senologia-SC. LRPO-SS Igiene-SC. Epidemiologia Clinica-SS Area Infermieristica-SS Area Tec. San.-SC Attività Tecnico Amministrative	Collaborazione allo sviluppo delle progettualità strategiche: 1) Progetto Domus 2) Attivazione di percorsi multiscreening e di prevenzione primaria	1) Valutazione positiva da parte del Sant'Anna 2) Partecipazione alla realizzazione degli eventi	1) Ricevuto il pagamento dalla Scuola Superiore Sant'Anna per il progetto Domus - obiettivo raggiunto al 100% 2) Partecipazione attiva del personale afferente alla Struttura alla realizzazione del progetto "Definizione della Organizzazione e dei Modelli"	100%	15%	COLLAB
Capacità di ricerca	20%	20%		IF di struttura ≥ IF medio di struttura degli ultimi 3 anni	IF Anno 2025/IF medio Anni 2022-2024	IF anno 2025= 234,95 IF anno medio 2022-2024 = [(370,87+334,85+280,90)/3]=328,87 Percentuale di raggiungimento 71%	71%	14%	IF
	20%	20%		Capacità di attrarre finanziamenti esterni anche attraverso partecipazione ai bandi di ricerca usciti nell'anno e/o mantenimento delle relazioni attive e sviluppo di relazioni con Reti Nazionali e Internazionali: presentazione di almeno 10 progetti/reti	N° di progetti presentati come capofila o come partner/reti attive o rapporti certificati dal centro esterno	Progetti presentati nel complesso delle strutture Epidemiologia Clinica e Epidemiologia dei fattori di rischio: anno 2025: 2 progetti; anno 2024= 10 progetti Relazioni con reti nazionali/internazionali: anno 2025: 20 relazioni; anno 2024= 9 relazioni Complessivo: anno 2025= 22; anno 2024=19 Obiettivo raggiunto al 100%	100%	20%	PROG
Registri	20%	20%		Registro Mortalità: consolidamento Anno 2022 (100%), completamento del trattamento Anno 2023 (100%) e del trattamento Anno 2024 (100%)	N° trattamenti effettuati / N° dati ricevuti negli anni. Monitoraggio invii da parte della Regione	Relazione: Anno 2022 consolidato (100%) Anno 2023 completamento del trattamento (100%) Anno 2024 completamento del trattamento (100%)	100%	20%	REG M
TOTALE	100%	100%						94%	

CODICE COLORE:	% RAGG
CELLA VERDE	90-100
CELLA GIALLA	50-89
CELLA ARANCIONE	30-49
CELLA ROSSA	0-29
CELLA AZZURRA	ND
CELLA GRIGIA	NV

% RAGGIUNTO

% RAGGIUNGIBILE (ESCLUSI NV)

% RAGGIUNTA SUL RAGGIUNGIBILE

94%

100%

94%

La Direttrice Generale _____

La Responsabile di CdR _____

Il Direttore Sanitario _____

Visto del Controllo di Gestione _____

La Direttrice Amministrativa _____

BUDGET 2025

Direzione Amministrativa

OBIETTIVI 2025	Peso	Peso eff %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Verifica al 31/12/2025	% ragg. finale	peso ragg. finale	Nome Obiettivo
Screening e Prevenzione	20%	20%	SC LRPO/SC Screening e Prevenzione Sec-SS Area Infermieristica-SS Area Tec. San.-SC Attività Tecnico Amministrative	Percorso di centralizzazione screening colorettrale	1) Stesura delle convenzioni con AASSRT 2) Valutazione costi fase invito/organizzativa	1) Attivate le convenzioni con AUSL Toscana Centro e AUSL Toscana Nord Ovest. La AUSL Toscana Sud Est non ha aderito. Ci sono stati problemi con interfaccia ICT. 2) Predisposta la valutazione dei costi per le fase invito / organizzativa, inviata in data 26/09/2025	100%	20%	SCR CENTR
	25%	25%	SC Epidemiologia Fattori Rischio/SC Screening e Prevenzione Secondaria-SC Senologia-SC LRPO-SS Igiene-SC Epidemiologia Clinica-SS Area Infermieristica-SS Area Tec. San.-SC Attività Tecnico Amministrative	Collaborazione allo sviluppo delle progettualità strategiche: 1) Progetto Domus 2) Attivazione di percorsi multiscreening e di prevenzione primaria 3) Condivisione e diffusione sul territorio toscano di attività di prevenzione, promozione della salute, stili di vita e di interventi per promuovere l'aderenza ai piani vaccinali, agli screening oncologici, alla tutela dell'ambiente/risorse, alla riduzione dello spreco alimentare DGRT 265/2024	1) Valutazione positiva da parte del Sant'Anna 2) e 3) Partecipazione alla realizzazione degli eventi	1) Ricevuto il pagamento dalla Scuola Superiore Sant'Anna per il progetto Domus - obiettivo raggiunto al 100% 2) Partecipazione attiva del personale della Struttura alla pianificazione, organizzazione e realizzazione degli eventi multiscreening, sensibilizzazione e prevenzione. 3) Partecipazione tecnica alle attività di spostamento UM ed eventuali collaudi - obiettivo raggiunto al 100%	100%	25%	COLLAB
Contrattualistica	20%	20%		Predisposizione Regolamento sugli affidamenti diretti	Invio bozza di regolamento alla Direzione	Inviata bozza di regolamento sugli affidamenti diretti alla Direzione il 31/12/2025	100%	20%	AFF
Completezza e qualità dei flussi informativi	20%	20%	SS Igiene-SS Area Inf-SS Area Tec San-SS Riabilitazione-SC Attività Tec Anm	Passaggio al CUP 2.0/3.0 e CUP 2L	Data passaggio risultante dai verbali di collaudo	Relazione sul coordinamento inviata in Direzione in data 18/12/2025. Verbale di "Verifica di conformità Funzionale relativa al software CUP OnHealth" firmato in data 09/04/2025 Verbale di "Verifica Funzionale /Tecnica relativa al blocco Integrazione CUP/SUITESTENSA EBIT" firmato in data 13/02/2025 Verbale CUP 3.0 front office firmato in data 12/03/2025	100%	20%	CUP
Implementazione PNRR/PNC e Sanità digitale	15%	15%		Rispetto dei tempi di pagamento missione 1, componente 1, PNRR per fornitori privati: tempo medio ponderato di pagamento <60 gg	Tempo medio ponderato calcolato da AREA RGS	Tempo medio ponderato di pagamento 35,89 gg	100%	15%	PNNR
TOTALE	100%	100%						100%	

CODICE COLORE:	% RAGG
CELLA VERDE	90-100
CELLA GIALLA	50-89
CELLA ARANCIONE	30-49
CELLA ROSSA	0-29
CELLA AZZURRA	ND
CELLA GRIGIA	NV

% RAGGIUNTO

100%

% RAGGIUNGIBILE (ESCLUSI NV)

100%

% RAGGIUNTA SUL RAGGIUNGIBILE

100%

La Direttrice Generale _____

La Direttrice Amministrativa _____

Il Direttore Sanitario _____

**TABELLA RIEPILOGATIVA
VALUTAZIONE FINALE RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI DI BUDGET PER CDR ANNO 2025**

CDR	% RAGGIUNGIMENTO
S.S. AREA INFERMIERISTICA	90%
S.S. AREA TECNICO SANITARIO	98%
S.C. SCREENING E PREVENZIONE SECONDARIA	94%
S.S. CENTRO DI RIABILITAZIONE ONCOLOGICA	80%
S.C. SENOLOGIA	100%
S.C. LABORATORIO DI PREVENZIONE ONCOLOGICA	96%
S.C. CORE RESEARCH LABORATORY	80%
S.S. IGIENE, ORGANIZZAZIONE E GOVERNO DEI SERVIZI SANITARI	100%
S.C. EPIDEMIOLOGIA CLINICA E DI SUPPORTO AL GOVERNO CLINICO	97%
S.C. EPIDEMIOLOGICA DEI FATTORI DI RISCHIO E DEGLI STILI DI VITA	94%
DIREZIONE AMMINISTRATIVA	100%