



**ISPRO**

Istituto per lo studio, la prevenzione  
e la rete oncologica



**SST**

**Servizio  
Sanitario  
della  
Toscana**

# *VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE*

*Anno 2020*

*30/06/2021*

## BUDGET 2020

**Posizione organizzativa: Coordinamento di Area Infermieristica**

**Dott.ssa Antonella Cipriani**

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2020	% raggiungimento Obiettivi	Peso %
Qualità della documentazione sanitaria	7%		Partecipazione alla corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta >= 90% (a partire dall'1/6)	Monitoraggio quadrimestrale su campione del 5% delle schede sanitarie (ovvero 20 schede mensili)	Schede cliniche ambulatoriali/referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale	Effettuati = 195 Da effettuare = 140 % controlli = 195/140 = 139%	100%	7%
Accreditamento Istituzionale	5%		Raggiungimento e mantenimento standard di accreditamento per il processo di interesse	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	Superamento audit interno	Obiettivo non valutabile per riorganizzazione sistema qualità e accreditamento		
Miglioramento sistema Qualità	5%		Realizzazioni progetti/azioni di miglioramento per adeguamento a requisiti di accreditamento non soddisfatti > 70%	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	Numero azioni miglioramento implementate / N. totale di requisiti pertinenti e non soddisfatti	Obiettivo non valutabile per riorganizzazione sistema qualità e accreditamento		
Aggiornamento e/o rivalidazione documentazione di struttura	15%		Aggiornamento/rivalidazione della documentazione organizzativa e tecnico-operativa (procedure, istruzioni, protocolli, modulistica) di pertinenza, approvata da oltre tre anni > 80%	Monitoraggio quadrimestrale	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 3 anni	Obiettivo non valutabile per riorganizzazione sistema qualità e accreditamento		
Soddisfazione dell'utente	6%		Azioni di miglioramento poste in essere a fronte dei reclami ricevuti dall'URP 100%		N.azioni di miglioramento/N. Di fattispecie di reclami ricevuti	5 azione di miglioramento / 5 fattispecie di reclamo ricevuto, come risulta dal report annuale URP	100%	6%
	6%		Raccolta azioni di miglioramento messe in atto dai vari CDR		Report con l'indicatore suddiviso per CDR	Inviata relazione URP anno 2020 con report suddiviso per CDR	100%	6%

## BUDGET 2020

**Posizione organizzativa: Coordinamento di Area Infermieristica**

**Dott.ssa Antonella Cipriani**

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2020	% raggiungimento Obiettivi	Peso %
Prevenzione della corruzione	3%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio afferenti al Coordinamento entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi del Coordinamento a RPCT	Mappatura predisposta (inviata in data 15/09/2020)	100%	3%
	2%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio afferenti alla Direzione Sanitaria entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi afferenti alla Direzione Sanitaria a RPCT	Mappatura processi Direzione Sanitaria predisposta (inviata in data 15/09/2020)	100%	2%
	1%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione di almeno il 90% dei soggetti individuati per la partecipazione		% adesione corsi FAD sulla prevenzione della corruzione	Obiettivo non valutabile Corsi rinviati al 2021		
Privacy	10%		Partecipazione ai corsi privacy del 100% del personale		% partecipazione corsi privacy	Obiettivo non valutabile Corso rinviato al 2021		
Regolamento di Presidio	10%		Collaborazione alla stesura del Regolamento di Presidio		Partecipazione a riunioni, sopralluoghi e alla stesura di parti del regolamento per quanto di competenza	Obiettivo non valutabile Stesura regolamento rimandata dalla Direzione		
Emergenza COVID 19	30%		Supporto attività pulizie sanificazione smaltimento rifiuti e accettazione		Rendicontazione attività di supporto svolta per emergenza COVID	Rendicontazione attività di supporto svolta per emergenza Covid inviata	100%	30%
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>							<b>54,00%</b>

<b>RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI AL NETTO OBIETTIVI NON VALUTABILI</b>	<b>100%</b>
---	-------------

## BUDGET 2020

Posizione Organizzativa: Coordinamento di Area Tecnico Sanitario

Dott.ssa Eva Carnesciali

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2020	% raggiungimento obiettivi	Peso %
Efficienza ed economicità	5%		Contenimento giacenze per dispositivi per approfondimenti (giacenze al 31.12.2020 <= giacenze al 31.12.2019)		Valore giacenze finali	Valore giacenze anno 2020: 20.117 Valore giacenze anno 2019: 18.997	0%	0%
Qualità della documentazione sanitaria	10%		Partecipazione alla corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta >= 90% (a partire dall'1/6)	Monitoraggio quadrimestrale su campione del 5% delle schede sanitarie (ovvero 20 schede mensili)	Schede cliniche ambulatoriali/referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale	Screening mammografico: Effettuati = 37 Da effettuare = 35 % controlli = 37 / 35 = 106% Riabilitazione oncologica: Effettuati = 18 Da effettuare = 18 % controlli = 100%	100%	10%
Accreditamento Istituzionale	5%		Raggiungimento e mantenimento standard di accreditamento per il processo di interesse	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	Superamento audit interno	Obiettivo non valutabile per riorganizzazione sistema qualità e accreditamento		
Accreditamento ISO 15189 per il Laboratorio	5%		Presentazione domande per il sistema di gestione secondo norma di accreditamento: obiettivi raggiunti > 80%	Monitoraggio quadrimestrale obiettivi piano di attività	N. obiettivi raggiunti / N. totale obiettivi previsti nel piano di attività	N. 8 obiettivi raggiunti / N. 9 obiettivi da raggiungere (88%), come da rendiconto della S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica.	100%	5%
Miglioramento sistema Qualità	2%		Realizzazioni progetti/azioni di miglioramento per adeguamento a requisiti di accreditamento non soddisfatti > 70%	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	Numero azioni miglioramento implementate / N. totale di requisiti pertinenti e non soddisfatti	Obiettivo non valutabile per riorganizzazione sistema qualità e accreditamento		
Aggiornamento e/o rivalidazione documentazione di struttura	15%		Aggiornamento/rivalidazione della documentazione organizzativa e tecnico-operativa (procedure, istruzioni, protocolli, modulistica) di pertinenza, approvata da oltre tre anni. > 80%	Monitoraggio quadrimestrale	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 3 anni	Obiettivo non valutabile per riorganizzazione sistema qualità e accreditamento		

## BUDGET 2020

Posizione Organizzativa: Coordinamento di Area Tecnico Sanitario

Dott.ssa Eva Carnesciali

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2020	% raggiungimento obiettivi	Peso %
Capacità produttiva: attività laboratorio	3%		Collaborazione attività di laboratorio erogata Anno 2020 > 97.000 prestazioni Collaborazione ad incremento dei volumi di attività laboratorio erogata Anno 2020 > Anno 2019 <sup>1</sup>		Volumi di attività erogata	Volume anno 2020: 111.478	100%	3%
Prevenzione della corruzione	5%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio afferenti al Coordinamento entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi del Coordinamento a RPCT	Mappatura dei processi del Coordinamento non inviata, come attestato dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	0%	0%
	4%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio afferenti alla Direzione Sanitaria entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi afferenti la Direzione Sanitaria a RPCT	Mappatura processi Direzione Sanitaria predisposta (inviata in data 15/09/2020)	100%	4%
	1%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione di almeno il 90% dei soggetti individuati per la partecipazione		% adesione corsi FAD sulla prevenzione della corruzione	Obiettivo non valutabile Corsi rinviati al 2021		
Privacy	10%		Partecipazione ai corsi privacy del 100% del personale		% partecipazione corsi privacy	Obiettivo non valutabile Corso rinviato al 2021		
Regolamento di Presidio	5%		Collaborazione alla stesura del Regolamento di Presidio		Partecipazione a riunioni , sopralluoghi e alla stesura di parti del regolamento per quanto di competenza	Obiettivo non valutabile Stesura regolamento rimandata dalla Direzione		
Emergenza COVID 19	30%		Realizzazione e organizzazione area test COVID		Validazione tecnica e validazione clinica 100% campioni pervenuti da AOUC	Validazione 100% come attestato da Direttore S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica	100%	30%
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>		<sup>1</sup> AGGIORNAMENTO AL 09/10/2020					<b>52,00%</b>

<b>RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI AL NETTO OBIETTIVI NON VALUTABILI</b>	<b>84%</b>
---	------------

## BUDGET 2020

**Posizione organizzativa: Coordinamento di Area Statistico-Epidemiologica**

**Dott.ssa Patrizia Falini**

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2020	% raggiungimento obiettivi	Peso %
Capacità di ricerca: Monitoraggio e valutazione attività scientifica e di ricerca	15%		Partecipazione alla valutazione dell'attività scientifica e di ricerca effettuata dall'Istituto: calcolo dell'IF secondo gli indicatori aziendali (a livello complessivo aziendale e di singolo CdR) nei tempi necessari per la chiusura del budget		Predisposizione del calcolo indicatore Impact Factor (vedi deliberazione DG) per CdR	Indicatore calcolato, come risultante da prospetto inviato il 14/05/2020 dalla Posizione Organizzativa del Coordinamento	100%	15%
Prevenzione	10%	Screening prevenzione sec.,Coordinamento area statistico epidemiologica,Epidemiologia clinica	Monitoraggio e coordinamento relativi agli screening oncologici		Invio relazione	Relazione anno 2019 inviata in data 31/05/2020	100%	10%
Registro Tumori della Regione Toscana	15%		Controlli dati tumori	Effettuazione attività statistica	Certificazione attività statistica da parte del Direttore SS Registri tumori	Attività statistica certificata da parte del Direttore della S.S. Registro Tumori	100%	15%
Registro Mortalità della Regione Toscana	15%		Controlli dati di mortalità	Effettuazione controlli dati	Trasmissione alle Aziende UsI dei controlli effettuati sui dati di mortalità entro 1 mese dal ricevimento del flusso Check list controfirmata da Responsabile Epidemiologia dell'ambiente e del lavoro	Controlli effettuati positivamente, come da Check list inviate e controfirmate da Responsabile della S.S. Epidemiologia dell'ambiente e del lavoro	100%	15%
Nuovi gestionali registri	25%	Epid. Clinica/Coord. Statistico	Collaudo programma gestionale Registro Tumori Università degli Studi di Firenze per la parte di competenza		Collaudo programma gestionale Registro Tumori	Collaudo effettuato, come risultante da verbale del 30/04/2020	100%	25%

## BUDGET 2020

Posizione organizzativa: Coordinamento di Area Statistico-Epidemiologica

Dott.ssa Patrizia Falini

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2020	% raggiungimento obiettivi	Peso %
Prevenzione della corruzione	4%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio afferenti al Coordinamento entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi del Coordinamento a RPCT	Mappatura predisposta (inviata in data 29/10/2020)	100%	4%
	4%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio afferenti alla Direzione Sanitaria entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi afferenti la Direzione Sanitaria a RPCT	Mappatura processi Direzione Sanitaria predisposta (inviata in data 15/09/2020)	100%	4%
	1%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione di almeno il 90% dei soggetti individuati per la partecipazione		% adesione corsi FAD sulla prevenzione della corruzione	Obiettivo non valutabile Corsi rinviati al 2021		
Privacy	11%		Partecipazione ai corsi privacy del 100% del personale		% partecipazione corsi privacy	Obiettivo non valutabile Corso rinviato al 2021		
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>							<b>88,00%</b>

<b>RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI AL NETTO OBIETTIVI NON VALUTABILI</b>	<b>100%</b>
---	-------------

## BUDGET 2020

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2020	% raggiungimento obiettivi	Peso %
Ottimizzazione utilizzo spazi	15%		Collaborazione al trasferimento ambulatori Senologia Clinica presso Villa Delle Rose entro 31.12.2020		Completamento del trasferimento ambulatori senologia a VDR	La Struttura ha reso la sua collaborazione, in particolare per la predisposizione del progetto esecutivo, come attestato Responsabile di Presidio	100%	15%
Tempi d'attesa e specialistica	5%		Adozione del catalogo regionale della specialistica ambulatoriale		Supporto all'allineamento prestazioni ISPRO a nuovo catalogo regionale	Catalogo Regionale della specialistica ambulatoriale adottato con il supporto della Struttura, come attestato dal Responsabile di Presidio	100%	5%
	10%		Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica > 75% <del>Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica &gt; 90%<sup>1</sup></del>		% Ricette dematerializzata farmaceutica e specialistica sul totale ricette	DEMA = 3206 TOT RICETTE = 3939 % DEMA = 81%	100%	10%
Rischio Clinico	10%		Realizzazione di almeno 1 Audit		N. Audit	n. 1 audit effettuato, come attestato da Clinical Risk Manager	100%	10%
	5%		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		Applicazione buone pratiche per la sicurezza del paziente "Capacità di controllo delle cadute dei pazienti"	Nessun paziente caduto, come attestato da Clinical Risk Manager	100%	5%
Farmaceutica e dispositivi	5%		Mantenimento valore consumo dispositivi medici rispetto all'anno precedente		Importo consumi dispositivi medici	Importo DM anno 2019: euro <b>107.004,70</b> Importo DM anno 2020: euro <b>81.064,00</b>	100%	5%
Qualità della documentazione sanitaria	5%		Partecipazione alla corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta >= 90% (a partire dall'1/6)	Monitoraggio quadrimestrale su campione del 5% delle schede sanitarie (ovvero 20 schede mensili)	Schede cliniche ambulatoriali/referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale	Effettuate = 232 Da effettuare = 140 % controlli = 232 / 140 = 166%	100%	5%
Accreditamento Istituzionale	5%		Raggiungimento e mantenimento standard di accreditamento per il processo di interesse	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	Superamento audit interno	Obiettivo non valutabile per riorganizzazione sistema qualità e accreditamento		

## BUDGET 2020

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2020	% raggiungimento obiettivi	Peso %
Miglioramento sistema Qualità	5%		Realizzazioni progetti/azioni di miglioramento per adeguamento a requisiti di accreditamento non soddisfatti > 70%	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	Numero azioni miglioramento implementate / N. totale di requisiti pertinenti e non soddisfatti	Obiettivo non valutabile per riorganizzazione sistema qualità e accreditamento		
Aggiornamento e/o rivalidazione documentazione di struttura	5%		Aggiornamento/rivalidazione della documentazione organizzativa e tecnico-operativa (procedure, istruzioni, protocolli, modulistica) di pertinenza, approvata da oltre tre anni. > 80%	Monitoraggio quadrimestrale	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 3 anni	Obiettivo non valutabile per riorganizzazione sistema qualità e accreditamento		
Prevenzione della corruzione	10%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi a RPCT	Mappatura predisposta (inviata in data 06/10/2020)	100%	10%
	1%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione di almeno il 90% dei soggetti individuati per la partecipazione		% adesione corsi FAD sulla prevenzione della corruzione	Obiettivo non valutabile Corsi rinviati al 2021		
Privacy	10%		Partecipazione ai corsi privacy del 100% del personale		% partecipazione corsi privacy	Obiettivo non valutabile Corso rinviato al 2021		
Regolamento di Presidio	9%		Collaborazione alla stesura del Regolamento di Presidio		Partecipazione a riunioni, sopralluoghi e alla stesura di parti del regolamento per quanto di competenza	Obiettivo non valutabile Stesura regolamento rimandata dalla Direzione		
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>							<b>65%</b>

<sup>1</sup> AGGIORNAMENTO AL 09/10/2020

<b>RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI AL NETTO OBIETTIVI NON VALUTABILI</b>	<b>100%</b>
---	-------------

## BUDGET 2020

### S.S. Centro di Riabilitazione Oncologica

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2020	% raggiungimento obiettivi	Peso %
Rischio Clinico	5%		Realizzazione di almeno 1 Audit		N. Audit	Audit non effettuato, come attestato da Clinical Risk Manager	0%	0%
	5%		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		Applicazione buone pratiche per la sicurezza del paziente "Capacità di controllo delle cadute dei pazienti"	Nessun paziente caduto, come attestato da Clinical Risk Manager	100%	5%
Tempi d'attesa e specialistica	9%		Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica >90% (con esclusione ricette per Riabilitazione individuale e di gruppo)		% Ricette dematerializzata farmaceutica e specialistica sul totale ricette	DEMA = 1047 TOT RICETTE = 1083 % DEMA = 97%	100%	9%
	5%		Adozione del catalogo regionale della specialistica ambulatoriale		Supporto all'allineamento prestazioni Ispro a nuovo catalogo regionale	Catalogo Regionale della specialistica ambulatoriale adottato con il supporto della Struttura, come attestato dal Responsabile di Presidio	100%	5%
Qualità della documentazione sanitaria	10% <del>5%</del> <sup>1</sup>		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta >= 90% (a partire dall'1/6)	Monitoraggio quadrimestrale su campione del 5% delle schede sanitarie (ovvero 20 schede mensili)	Schede cliniche ambulatoriali/referti compilati nel rispetto di quanto definito	Effettuati = 18 Da effettuare = 18 % Controlli = 100%	100%	10%
Accreditamento Istituzionale	10%		Raggiungimento e mantenimento standard di accreditamento per il processo di interesse	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	Superamento audit interno	Obiettivo non valutabile per riorganizzazione sistema qualità e accreditamento		

## BUDGET 2020

### S.S. Centro di Riabilitazione Oncologica

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2020	% raggiungimento obiettivi	Peso %
Miglioramento sistema Qualità	10%		Realizzazioni progetti/azioni di miglioramento per adeguamento a requisiti di accreditamento non soddisfatti > 70%	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	Numero azioni miglioramento implementate / N. totale di requisiti pertinenti e non soddisfatti	Obiettivo non valutabile per riorganizzazione sistema qualità e accreditamento		
Aggiornamento e/o rivalidazione documentazione di struttura	5%		Aggiornamento/ rivalidazione della documentazione organizzativa e tecnico-operativa (procedure, istruzioni, protocolli, modulistica) di pertinenza, approvata da oltre tre anni > 80%	Monitoraggio quadrimestrale	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 3 anni	Obiettivo non valutabile per riorganizzazione sistema qualità e accreditamento		
Prevenzione della corruzione	5%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi a RPCT	Mappatura non inviata, come attestato da Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza	0%	0%
	1%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione di almeno il 90% dei soggetti individuati per la partecipazione		% adesione corsi FAD sulla prevenzione della corruzione	Obiettivo non valutabile Corsi rinviati al 2021		
Privacy	10%		Partecipazione ai corsi privacy del 100% del personale		% partecipazione corsi privacy	Obiettivo non valutabile Corso rinviato al 2021		
Corretta rilevazione prestazioni riabilitazione	5%		Corretta compilazione campi Flussi SPR in base alle indicazioni della RT (>90%)		% compilazione campi flussi	Nessun campo flusso compilato, come da report SPR 1 anno 2020 di InfoView (data consolidato 10/02/2021)	0%	0%

## BUDGET 2020

### S.S. Centro di Riabilitazione Oncologica

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2020	% raggiungimento obiettivi	Peso %
Regolarità amministrativa	5%		Verifica autorizzazione preventiva prestazioni pazienti residenti extra regione (100%)		% autorizzazione preventive/ tot prestazioni pazienti extraregione	Nessuna prestazione a pazienti extra-regione	100%	5%
Progetto riabilitazione oncologica Regione Toscana <sup>1</sup>	5%		Predisposizione del progetto di riabilitazione oncologica al fine dell'approvazione Delibera R.F.		Stesura e invio progetto alla Regione Toscana al fine dell'approvazione con delibera regionale			
Regolamento di Presidio	5%		Collaborazione alla stesura del Regolamento di Presidio		Partecipazione a riunioni , sopralluoghi e alla stesura di parti del regolamento per quanto di competenza	Obiettivo non valutabile Stesura regolamento rimandata dalla Direzione		
Emergenza COVID 19	10%		Riorganizzazione attività Struttura nell'ambito dell'emergenza COVID		Relazione azioni intraprese	Relazione inviata in data 30/12/2020	100%	10%
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>							<b>44%</b>

<sup>1</sup> AGGIORNAMENTO AL 09/10/2020

<b>RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI AL NETTO OBIETTIVI NON VALUTABILI</b>	<b>75%</b>
---	------------

## BUDGET 2020

### S.C. Core Research Laboratory (CRL)

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2020	% raggiungimento obiettivi	Peso %
Capacità di ricerca e Fund Raising	10%		Capacità di attrarre finanziamenti esterni attraverso partecipazione ai bandi di ricerca usciti nell'anno: presentazione di almeno 2 progetti		N° di progetti presentati come PI o come subcontractor con il coinvolgimento dell'ufficio Attività amm.ve supporto area ricerca	n. 5 progetti presentati / n. 2 progetti da presentare	100%	10%
Prevenzione della corruzione	8%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi a RPCT	Mappatura predisposta (inviata in data 07/10/2020)	100%	8%
	1%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione di almeno il 90% dei soggetti individuati per la partecipazione		% adesione corsi FAD sulla prevenzione della corruzione	Obiettivo non valutabile Corsi rinviati al 2021		
Comunicazione	5%		Comunicazione attività Core Research Laboratory		Aggiornamento/inserimento nei canali di comunicazione istituzionali (sito web, partecipazione a eventi esterni con invito)	Attestato di partecipazione a 2 eventi e 4 inviti ad eventi online	100%	5%

## BUDGET 2020

### S.C. Core Research Laboratory (CRL)

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2020	% raggiungimento obiettivi	Peso %
Privacy	10%		Partecipazione ai corsi privacy del 100% del personale		% partecipazione corsi privacy	Obiettivo non valutabile Corso rinviato al 2021		
Capacità di ricerca: Impact Factor	15%		IF di struttura $\geq 90\%$ all'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni		IF Anno 2020/IF medio Anni 2017-18-19	IF 2020 = 86,14 IF media anni 2017, 2018 e 2019 = 36,26 IF 2020 / IF medio 2017-18-19 = 238%	100%	15%
Capacità di ricerca	5%		Relazioni con Centri di Ricerca Regionali e Nazionali (almeno 5)		N. rapporti certificati dal centro esterno	n. 7 lettere attestanti collaborazioni	100%	5%
Collaborazioni con strutture ISPRO	5%		Collaborazioni con strutture ISPRO ( $\geq 90\%$ )		N. iniziative integrate programmate / N. iniziative integrate realizzate	Collaborazione con uffici amministrativi per ampliamento ai corsi di laurea magistrale in Biotecnologie mediche e farmaceutiche della convenzione con UNIFI per tirocini e collaborazione con S.C. LRPO per progetto Nanopore	100%	5%
Collaborazione all'aggiornamento della documentazione Aggiornamento c/o rivalidazione documentazione di struttura <sup>1</sup>	9%		Collaborazione all'aggiornamento/rivalidazione della documentazione organizzativa e tecnico operativa Aggiornamento/rivalidazione della documentazione organizzativa e tecnico-operativa (procedure, istruzioni, protocolli, modulistica) di pertinenza, approvata da oltre tre anni ( $\geq 80\%$ )	Monitoraggio quadrimestrale	Collaborazione all'aggiornamento/rivalidazione di almeno un documento N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 3 anni	Collaborato all'aggiornamento della procedura sullo smaltimento dei rifiuti speciali	100%	9%

## BUDGET 2020

### S.C. Core Research Laboratory (CRL)

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2020	% raggiungimento obiettivi	Peso %
Dispositivi e prodotti chimici	12%		Mantenimento valore consumo dispositivi medici e prodotti chimici rispetto all'anno precedente		Importo consumi dispositivi medici e prodotti chimici	Importo DM anno 2019: euro <b>223.390,35</b> Importo DM anno 2020: euro <b>131.939,54</b>	100%	12%
Risorse umane	10%		Monitoraggio frequenze volontari		Invio Report trimestrale alla Direzione Sanitaria	Inviati report nell'ambito della sorveglianza sanitaria per emergenza Covid19 ed altri due monitoraggi: ad ottobre 2020 di ricognizione ed uno a dicembre 2020 della situazione ott-dic 2020	100%	10%
Regolamento di Presidio	10%		Collaborazione alla stesura del Regolamento di Presidio		Partecipazione a riunioni , sopralluoghi e alla stesura di parti del regolamento per quanto di competenza	Obiettivo non valutabile Stesura regolamento rimandata dalla Direzione		
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>							<b>79%</b>

**<sup>1</sup>AGGIORNAMENTO IN DATA 08/10/2020**

<b>RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI AL NETTO OBIETTIVI NON VALUTABILI</b>	<b>100%</b>
---	-------------

## BUDGET 2020

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Responsabile: Dott.ssa Paola Mantellini

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2020	% raggiungimento Obiettivi	Peso %
Prevenzione	10%	Screening prevenzione sec., Coordinamento area statistico epidemiologica, Epidemiologia clinica	Monitoraggio e coordinamento relativi agli screening oncologici		Invio relazione	Relazione anno 2019 inviata in data 31/05/2020	100%	10%
Tempi d'attesa e specialistica	5%		Adozione del catalogo regionale della specialistica ambulatoriale		Abbinamento prestazioni Ispro a nuovo catalogo regionale	Catalogo adottato con il supporto della Struttura, come attestato dal Responsabile di Presidio	100%	5%
	5%		Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica >90%		% Ricette dematerializzata farmaceutica e specialistica sul totale ricette	DEMA = 3050 TOT RICETTE = 3280 % DEMA = 93%	100%	5%
Farmaceutica e dispositivi	5%		Mantenimento valore consumo dispositivi medici rispetto all'anno precedente		Importo consumi dispositivi medici	Importo DM anno 2019: euro 299.103,30 Importo DM anno 2020: euro 287.943,60 al netto del reagente per il colonretto che era acquistato dalla S.C. LRPO	100%	5%
Rischio Clinico	5%		Realizzazione di almeno 3 Audit		N. Audit	n. 3 audit e n. 4 M&M effettuati, come attestato da Clinical Risk Manager	100%	5%
	4%		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		Applicazione buone pratiche per la sicurezza del paziente "Capacità di controllo delle cadute dei pazienti"	Nessun paziente caduto come attestato da Clinical Risk Manager	100%	4%
Accreditamento Istituzionale	5%		Raggiungimento e mantenimento standard di accreditamento per il processo di interesse	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	Obiettivo non valutabile per riorganizzazione sistema qualità e accreditamento		

## BUDGET 2020

**S.C. Screening e Prevenzione Secondaria**

**Responsabile: Dott.ssa Paola Mantellini**

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2020	% raggiungimento Obiettivi	Peso %
Miglioramento sistema Qualità	5%		Realizzazioni progetti/azioni di miglioramento per adeguamento a requisiti di accreditamento non soddisfatti > 70%	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	Numero azioni miglioramento implementate / N. totale di requisiti pertinenti e non soddisfatti	Obiettivo non valutabile per riorganizzazione sistema qualità e accreditamento		
Aggiornamento e/o rivalidazione documentazione di struttura	5%		Aggiornamento/rivalidazione della documentazione organizzativa e tecnico-operativa (procedure, istruzioni, protocolli, modulistica) di pertinenza, approvata da oltre tre anni. > 80%	Monitoraggio quadrimestrale	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 3 anni	Obiettivo non valutabile per riorganizzazione sistema qualità e accreditamento		
Qualità della documentazione sanitaria	5%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta >= 90% dal 1/6	Monitoraggio quadrimestrale su campione del 5% delle schede sanitarie (ovvero 20 schede mensili)	Schede cliniche ambulatoriali/referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale	Effettuati = 195 Da effettuare = 140 % Controlli = 195/140 = 139%	100%	5%
Capacità di ricerca: Impact Factor	5%		IF di struttura maggiore/uguale all'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni		IF Anno 2020/IF medio Anni 2017-18-19	IF 2020 = 58,94 IF media anni 2017, 2018 e 2019 = 27,29 IF 2020 / IF medio 2017-18-19 = 216%	100%	5%
Prevenzione della corruzione	5%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi a RPC T	Mappatura predisposta (inviata in data 09/10/2020)	100%	5%
	1%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione di almeno il 90% dei soggetti individuati per la partecipazione		% adesione corsi FAD sulla prevenzione della corruzione	Obiettivo non valutabile Corsi rinviati al 2021		
	5%	Epid. Clinica/Epid. Fattori rischio, Laboratorio, Prev Screen	Realizzazione Procedura sulla modalità di richiesta dei pareri al Comitato Etico come previsto dal PTPC in relazione agli obiettivi strategici (ex paragr. 5.3.1 PTPC 2020-2022)		Predisposizione del documento	Presentata versione definitiva in data 29.12.2020	100%	5%

## BUDGET 2020

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Responsabile: Dott.ssa Paola Mantellini

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2020	% raggiungimento Obiettivi	Peso %
Privacy	10%		Partecipazione ai corsi privacy del 100% del personale		% partecipazione corsi privacy	Obiettivo non valutabile Corso rinviato al 2021		
Regolamento di Presidio	10%		Collaborazione alla stesura del Regolamento di Presidio		Partecipazione a riunioni , sopralluoghi e alla stesura di parti del regolamento per quanto di competenza	Obiettivo non valutabile Stesura regolamento rimandata dalla Direzione		
Emergenza COVID 19	10%		Riorganizzazione attività Struttura nell'ambito dell'emergenza COVID		Relazione azioni intraprese	Relazione inviata	100%	10%
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>							<b>64,00%</b>

<b>RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI AL NETTO OBIETTIVI NON VALUTABILI</b>	<b>100%</b>
---	-------------

## BUDGET 2020

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

Responsabile: Dr. Domenico Palli

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2020	% raggiungimento Obiettivi	Peso %
Capacità di ricerca: Impact Factor	15%		IF di struttura maggiore all'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni		IF Anno 2020/IF medio Anni 2017-18-19	IF 2020 = 680,59 IF media anni 2017, 2018 e 2019 = 478,72 IF 2020 / IF medio 2017-18-19 = 142%	100%	15%
Implementazione di un modello regionale integrato per i soggetti con storia familiare di tumore della mammella (percorsi clinico diagnostici e di riduzione del rischio)	15%		Progetto esecutivo a livello di Istituto		Avvio progetto esecutivo	Obiettivo non valutabile Progetto esecutivo non avviato per ragioni organizzative di Istituto		
Capacità di ricerca e Fund Raising	15%		Capacità di attrarre finanziamenti esterni attraverso partecipazione ai bandi di ricerca usciti nell'anno: presentazione di almeno 8 progetti		N° di progetti presentati come PI o come subcontractor con il coinvolgimento dell'ufficio Attività amm.ve supporto area ricerca	n. 10 progetti presentati / n. 8 progetti da presentare	100%	15%
Prevenzione della corruzione	14%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi a RPCT	Mappatura predisposta (inviata in data 02/10/2020)	100%	14%
	1%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione di almeno il 90% dei soggetti individuati per la partecipazione		% adesione corsi FAD sulla prevenzione della corruzione	Obiettivo non valutabile Corsi rinviati al 2021		
	5%	Epid. Clinica/Epid. Fattori rischio, Laboratorio, Prev Screen	Realizzazione Procedura sulla modalità di richiesta dei pareri al Comitato Etico come previsto dal PTPC in relazione agli obiettivi strategici (ex paragr. 5.3.1 PTPC 2020-2022)		Predisposizione del documento	Presentata versione definitiva in data 29.12.2020	100%	5%

## BUDGET 2020

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

Responsabile: Dr. Domenico Palli

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2020	% raggiungimento Obiettivi	Peso %
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	15%		Effettuazione di almeno 1 riunione complessiva di struttura ogni 6 mesi per analisi delle attività/monitoraggio budget con partecipazione delle PO dei coordinamenti		N° di riunioni di struttura con elenco sottoscritto dei partecipanti	n. 1 riunione effettuata in data 17/12/2020 con partecipazione P.O. del Coord. Area Tecnico Sanitaria e del Coord. Area Statistico Epidemiologica, come risultante da verbale	50%	8%
Aggiornamento e/o rivalidazione documentazione di struttura	10%		Aggiornamento/rivalidazione della documentazione organizzativa e tecnico-operativa (procedure, istruzioni, protocolli, modulistica) di pertinenza, approvata da oltre tre anni > 80%	Monitoraggio quadrimestrale	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 3 anni	Obiettivo non valutabile per riorganizzazione sistema qualità e accreditamento		
Privacy	10%		Partecipazione corsi privacy di tutto il personale 100%		% partecipazione corsi privacy	Obiettivo non valutabile Corso rinviato al 2021		
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>							57%

**RAGGIUNGIMENTO  
OBIETTIVI AL  
NETTO OBIETTIVI  
NON VALUTABILI**

**88%**

## BUDGET 2020

### S.C. Epidemiologia Clinica e di supporto al Governo Clinico

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2020	% raggiungimento Obiettivi	Peso %
Registro Tumori della Regione Toscana	27%	Epid. Clinica/Coord. Statistico	Collaudo programma gestionale Università degli Studi di Firenze per il Registro Tumori		Collaudo nuovo programma gestionale	Collaudo effettuato, come risultante da verbale del 30/04/2020	100%	27%
	10%		Completamento inserimento Anno 2016 (100%)		N° inserimenti effettuati/N° casi da inserire dell'anno 2016	Inserimento completato al 100% come attestato dal Responsabile del Registro Tumori 23.300 inserimenti effettuati / 23.300 casi da inserire	100%	10%
Prevenzione	8%	Screening prevenzione sec., Coordinamento area statistico epidemiologica, Epidemiologia clinica	Monitoraggio e coordinamento relativi agli screening oncologici		Invio relazione	Relazione anno 2019 inviata in data 31/05/2020	100%	8%
Capacità di ricerca: Impact Factor	10%		IF di struttura maggiore all'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni		IF Anno 2020/IF medio Anni 2017-18-19	IF 2020 = 222,70 IF media anni 2017, 2018 e 2019 = 103,68 IF 2020 / IF medio 2017-18-19 = 215%	100%	10%
Capacità di ricerca e Fund Raising	8%		Capacità di attrarre finanziamenti esterni anche attraverso partecipazione ai bandi di ricerca usciti nell'anno: presentazione di almeno 2 progetti		N° di progetti presentati con il coinvolgimento dell'ufficio Attività amm.ve supporto area ricerca	n. 5 progetti presentati / n. 2 progetti da presentare	100%	8%
Prevenzione della corruzione	5%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi a RPCT	Mappatura dei processi della Struttura non inviata, come attestato dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	0%	0%
	1%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione di almeno il 90% dei soggetti individuati per la partecipazione		% adesione corsi FAD sulla prevenzione della corruzione	Obiettivo non valutabile Corsi rinviati al 2021		
	10%	Epid. Clinica/Epid. Fattori rischio, Laboratorio, Prev Screen	Realizzazione Procedura sulla modalità di richiesta dei pareri al Comitato Etico come previsto dal PTPC in relazione agli obiettivi strategici (ex paragr. 5.3.1 PTPC 2020-2022)		Predisposizione del documento	Presentata versione definitiva in data 29.12.2020	100%	10%

## BUDGET 2020

### S.C. Epidemiologia Clinica e di supporto al Governo Clinico

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2020	% raggiungimento Obiettivi	Peso %
Aggiornamento e/o rivalidazione documentazione di struttura	3%		Aggiornamento/rivalidazione della documentazione organizzativa e tecnico-operativa (procedure, istruzioni, protocolli, modulistica) di pertinenza, approvata da oltre tre anni. > 80%	Monitoraggio quadrimestrale	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 3 anni	Obiettivo non valutabile per riorganizzazione sistema qualità e accreditamento		
	10%		Stesura nuova procedura Registro Tumori		Stesura procedura	Obiettivo non valutabile per riorganizzazione sistema qualità e accreditamento		
Privacy	8%		Partecipazione ai corsi privacy del 100% del personale		% partecipazione corsi privacy	Obiettivo non valutabile Corso rinviato al 2021		
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>							73%

<b>RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI AL NETTO OBIETTIVI NON VALUTABILI</b>	<b>94%</b>
---	------------

## BUDGET 2020

**S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica**

**Responsabile: Dott. ssa Francesca Carozzi**

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2020	% raggiungimento Obiettivi	Peso %
Tempi d'attesa e specialistica	4%		Adozione del catalogo regionale della specialistica ambulatoriale		Supporto all'allineamento prestazioni Ispro a nuovo catalogo regionale	Catalogo Regionale della specialistica ambulatoriale adottato con il supporto della Struttura, come attestato dal Responsabile di Presidio	100%	4%
Rischio Clinico	5%		Realizzazione di almeno 3 Audit		N. Audit	n. 5 audit e n. 13 M&M effettuati, come attestato da Clinical Risk Manager	100%	5%
Qualità della documentazione sanitaria	5%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta >= 90% (a partire dall'1/6)	Monitoraggio quadrimestrale su campione del 5% delle schede sanitarie (ovvero 20 schede mensili)	Schede cliniche ambulatoriali/ referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale	Effettuati = 202 Da effettuare = 140 % controlli = 144%	100%	5%
Accreditamento ISO 15189	10%		Implementazione del sistema di gestione secondo norma di accreditamento: obiettivi raggiunti > 80%	Monitoraggio quadrimestrale obiettivi piano di attività	N. obiettivi raggiunti / N. totale obiettivi previsti nel piano di attività	N. 8 obiettivi raggiunti / N. 9 obiettivi da raggiungere, come da rendiconto della SC Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica.	100%	10%
Miglioramento sistema Qualità	5%		Realizzazioni progetti/azioni di miglioramento per adeguamento a requisiti di accreditamento non soddisfatti > 70%	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	Numero azioni miglioramento implementate / N. totale di requisiti pertinenti e non soddisfatti	Obiettivo non valutabile per riorganizzazione sistema qualità e accreditamento		

## BUDGET 2020

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

Responsabile: Dott. ssa Francesca Carozzi

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2020	% raggiungimento Obiettivi	Peso %
Prevenzione della corruzione	5%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi a RPCT	Mappatura predisposta (inviata in data 29/10/2020)	100%	5%
	5%	Epid. Clinica/Epid. Fattori rischio, Laboratorio, Prev Screen	Realizzazione Procedura sulla modalità di richiesta dei pareri al Comitato Etico come previsto dal PTPC in relazione agli obiettivi strategici (ex paragr. 5.3.1 PTPC 2020-2022)		Predisposizione del documento	Presentata versione definitiva in data 29/12/2020	100%	5%
	1%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione di almeno il 90% dei soggetti individuati per la partecipazione		% adesione corsi FAD sulla prevenzione della corruzione	Obiettivo non valutabile Corsi rinviati al 2021		
Privacy	10%		Partecipazione ai corsi privacy del 100% del personale		% partecipazione corsi privacy	Obiettivo non valutabile Corso rinviato al 2021		
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	5%		Effettuazione di almeno 1 riunione complessiva di struttura ogni 6 mesi per analisi delle attività/monitoraggio budget con partecipazione delle PO dei coordinamenti		N° di riunioni di struttura con elenco sottoscritto dei partecipanti	N. 2 riunioni con partecipazione della P.O. del Coord. Di Area Tecnico Sanitaria. La prima riunione è stata effettuata il giorno 08/06/2020 e la seconda il giorno 04/12/2020	100%	5%

## BUDGET 2020

**S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica**

**Responsabile: Dott. ssa Francesca Carozzi**

<b>OBIETTIVI 2020</b>	<b>Peso %</b>	<b>Resp/Coin</b>	<b>Obiettivo specifico</b>	<b>Azioni</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2020</b>	<b>% raggiungimento Obiettivi</b>	<b>Peso %</b>
Regolamento di Presidio	5%		Collaborazione alla stesura del Regolamento di Presidio		Partecipazione a riunioni , sopralluoghi e alla stesura di parti del regolamento per quanto di competenza	Obiettivo non valutabile Stesura regolamento rimandata dalla Direzione		
Emergenza COVID 19	40%		Realizzazione e organizzazione area test COVID		Validazione tecnica e validazione clinica 100% campioni pervenuti da AOUC	Validazione 100% come attestato da Direttore S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica	100%	40%
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>							<b>79%</b>

<b>RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI AL NETTO OBIETTIVI NON VALUTABILI</b>	<b>100%</b>
---	-------------

## BUDGET 2020

**S.C. Attività tecnico amministrative**  
**Direttore: Dott. Mario Piccoli Mazzini**

OBIETTIVI 2020	Peso	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2020	% raggiungimento Obiettivi	Peso %
Efficienza ed economicità	15%		Adempimenti amministrativi per il trasferimento ambulatori Senologia Clinica presso Villa Delle Rose	Conclusione procedure amministrative di gara	Obiettivo non valutabile per cause non imputabili alla Struttura e legate a ritardi nella stipula della convenzione con A.O.U. Careggi per la gestione della procedura di affidamento dei lavori (vedi nota Prot. 3060/2020 e mail Direttore Amministrativo del 22/09/2020)		
Efficienza ed economicità	15%		Gestione dei budget di spesa trasversali	Rispetto importi previsti (come da BP 2020) nelle singole autorizzazioni di spesa gestite come budget trasversale	Importi previsti rispettati	100%	15%
Progetto PAC regionale	15%		Completamento PAC d'Istituto	Redazione/aggiornamento/ applicazione procedure di competenza	n. 4 su 4 procedure di competenza redatte/aggiornate, come attestato da Responsabile PAC. Audit posticipati causa emergenza Covid19, come da Prot. 3482/2020	100%	15%
Prevenzione della corruzione	5%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre	Predisposizione ed invio della mappatura dei processi	Mappatura predisposta (inviata in data 30/10/2020)	100%	5%
	5%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Obiettivo non valutabile Corsi rinviati al 2021		
	5%		Realizzazione Regolamento incarichi come previsto dal PTPC in relazione agli obiettivi strategici (ex paragr. 5.3.1 PTPC 2020-2022)	Predisposizione del documento	Documento predisposto, come attestato da Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	100%	5%
	5%		Attivazione flusso informativo trimestrale sugli Appalti con affidamenti diretti da inviare al RPCT ed al Collegio Sindacale come previsto dal PTPC in relazione agli obiettivi strategici (ex paragr. 5.3.1 PTPC 2020-2022)	N. flussi inviati/N. 4 flussi annuali previsti	N. 3 flussi inviati / N. 4 flussi annuali previsti, come attestato da Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	75%	4%
	5%		Applicazione indicazioni su Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors) come previsto ex paragr. 6,5 PTPC 2020-2022	N. dichiarazioni rilasciate / N. contratti stipulati nell'anno (acquisizione beni e servizi e incarichi LP)	Nessuna dichiarazione rilasciata, come attestato Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	0%	0%
	5%		Realizzazione Procedura sulla modalità di richiesta dei pareri al Comitato Etico come previsto dal PTPC in relazione agli obiettivi strategici (ex paragr. 5.3.1 PTPC 2020-2022)	Predisposizione del documento	Presentata versione definitiva in data 29.12.2020	100%	5%

## BUDGET 2020

**S.C. Attività tecnico amministrative**

**Direttore: Dott. Mario Piccoli Mazzini**

OBIETTIVI 2020	Peso	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2020	% raggiungimento Obiettivi	Peso %
Soddisfazione dell'utente	5%		Azioni di miglioramento poste in essere a fronte dei reclami ricevuti dall'URP per aspetti relazionali accettazione amministrativa 100%	N. azioni di miglioramento/N. di fattispecie di reclami ricevuti	N. 2 azione di miglioramento / N. 2 fattispecie di reclami ricevuti	100%	5%
Aggiornamento e/o rivalidazione documentazione di struttura	4%		Aggiornamento/rivalidazione della documentazione organizzativa e tecnico-operativa (procedure, istruzioni, protocolli, modulistica) di pertinenza, approvata da oltre cinque anni	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 5 anni > 80%	N. 2 procedure aggiornate / N. 2 procedure da aggiornare (AP001 e AP015)	100%	4%
Monitoraggio Requisiti autorizzativi	4%		Monitoraggio documentazione necessaria per la verifica dei requisiti autorizzativi Villa delle Rose	Monitoraggio documentazione	Monitoraggio documentazione pervenuta in data 29/10/2020	100%	4%
Privacy	4%		Partecipazione corsi privacy di tutto il personale 100%	% adesione corsi privacy	Obiettivo non valutabile Corso rinviato al 2021		
Tempestività pagamenti	3%		Rispetto dei tempi di pagamento fornitori	Report Tempestività pagamento Regione Toscana	Indice tempestività Anno 2020= - 8,69 gg come da Report regionale	100%	3%
Flussi informativi	5%		Analisi problematiche criticità flussi informativi	N. verbali riunioni con indicazione di proposta di soluzione delle criticità flussi	Verbale del 12/06/2020 e del 06/10/2020 su Programmazione analisi processi ISPRO	100%	5%
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>						<b>70%</b>

<b>RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI AL NETTO OBIETTIVI NON VALUTABILI</b>	<b>92%</b>
---	------------

# BUDGET 2020

**S.S. Programmazione e Gestione Risorse Economiche**

**Responsabile: Dott.ssa Cristina Gheri**

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2020	% raggiungimento obiettivi	Peso %
Progetto PAC regionale	15%		Completamento PAC d'Istituto	Redazione/aggiornamento/applicazione procedure di competenza	Obiettivo non valutabile, come attestato da Responsabile PAC. Audit programmati non effettuati causa emergenza Covid-19, come da Prot. 3482/2020		
Prevenzione della corruzione	10%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre	Predisposizione ed invio della mappatura dei processi	Mappatura predisposta (inviata in data 24/09/2020)	100%	10%
	10%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Obiettivo non valutabile Corsi rinviati al 2021		
	10%		Realizzazione Procedura sulla modalità di richiesta dei pareri al Comitato Etico come previsto dal PTPC in relazione agli obiettivi strategici (ex paragr. 5.3.1 PTPC 2020-2022)	Predisposizione del documento	Presentata versione definitiva in data 29.12.2020	100%	10%
Aggiornamento c/o rivalidazione documentazione di struttura	10%		Aggiornamento/rivalidazione della documentazione organizzativa e tecnico-operativa (procedure, istruzioni, protocolli, modulistica) di pertinenza, approvata da oltre cinque anni	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 5 anni > 80%	Aggiornate/revisionata n. 4 procedure su 4 da aggiornare della ex S.S. Bilancio, Contabilità ed Investimenti (AP023, AP003, AP002, MP001)	100%	10%
Privacy	15%		Partecipazione corsi privacy di tutto il personale 100%	% adesione corsi privacy	Obiettivo non valutabile Corso rinviato al 2021		
Flussi informativi	15%		Analisi problematiche criticità flussi informativi	N. verbali riunioni con indicazione di proposta di soluzione delle criticità flussi	Verbale del 03.09.2020 su progetto STUDIO BEST CC e Verbale del 30.09.2020 su Convenzioni Istituzionali	100%	15%
Tempestività pagamenti	15%		Rispetto dei tempi di pagamento delle fatture entro 20 gg dal ricevimento PEC	Tempo intercorso tra data mandato e PEC (campione 10% fatture)	Giorni medi di pagamento 2,62 gg < 20 gg	100%	15%
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>						<b>60%</b>

<b>RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI AL NETTO OBIETTIVI NON VALUTABILI</b>	<b>100%</b>
---	-------------