

*PIANO DELLA PERFORMANCE*  
*ANNO 2018*  
*Contratti di budget per CDR*

## BUDGET 2018

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Responsabile: Dott.ssa Paola Mantellini

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Delibera G.R.T. N. 1520 del 27/12/2017					
<b>STRATEGIE REGIONALI</b>					
Prevenzione	5%		Raggiungimento degli obiettivi regionali per l'estensione agli screening oncologici con riferimento anche all'estensione delle coorti previste dalle indicazioni regionali Estensione corretta per esclusioni pre-invito per Firenze al netto inviti inesitati: Estensione screening mammografico 50-69 100% Estensione screening coloretale 100% Estensione screening cervice 100% margine di tolleranza 5 punti percentuali		% di estensione agli screening al netto inviti inesitati
	5%		Estensione dello screening primario HPV		Implementazione al programma HPV primario per tutte le 12 ex aziende

## BUDGET 2018

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Responsabile: Dott.ssa Paola Mantellini

<b>OBIETTIVI 2018</b>	<b>Peso %</b>	<b>Resp/Coin</b>	<b>Obiettivo specifico</b>	<b>Azioni</b>	<b>Indicatore</b>
	5%		Monitoraggio e coordinamento relativi agli screening oncologici		Invio relazione
Tempi d'attesa e specialistica	3%		Adozione del catalogo regionale della specialistica ambulatoriale		Abbinamento prestazioni Ispro a nuovo catalogo regionale
	5%		Prescrizione delle prestazioni antecedente al momento della erogazione. Incremento rispetto al 2017 della % prestazioni con data erogazione diversa dalla data prescrizione		% prestazioni con data erogazione diversa da data prescrizione
	3%		Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica >90%		Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica >90%
<b>AZIONI PER LA SOSTENIBILITA'</b>					

## BUDGET 2018

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Responsabile: Dott.ssa Paola Mantellini

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Farmaceutica e dispositivi	3%		Mantenimento valore consumo dispositivi medici		Importo consumi dispositivi medici 2018 <= Importo consumi dispositivi medici 2017
<b>PERFORMANCE COMPLESSIVA SISTEMA DI VALUTAZIONE (BERSAGLIO)</b>					
Rischio Clinico	2%		Realizzazione di almeno 3 Audit		N. Audit
	2%		Realizzazione di almeno 4 M&M		N. M&M
	2%		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		Applicazione buone pratiche per la sicurezza del paziente "Capacità di controllo delle cadute dei pazienti"
<b>OBIETTIVI AZIENDALI</b>					
Accreditamento Istituzionale	4%		Raggiungimento e mantenimento standard di accreditamento per il processo di interesse	Monitoraggio semestrale dati di processo	N. requisiti soddisfatti / n. totali requisiti previsti >70%

## BUDGET 2018

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Responsabile: Dott.ssa Paola Mantellini

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Prevenzione secondaria	10%		Progetto prevenzione secondaria con UNICOOP Firenze		Completamento 30% progetto entro 31.12.2018
Qualità della documentazione sanitaria	6%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta	Monitoraggio quadrimestrale su campione del 5% delle schede sanitarie	Schede cliniche ambulatoriali/referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale >= 90%
Integrazione multidisciplinare	2%		Coinvolgimento degli Uffici Amministrativi alle riunioni di struttura riguardanti le principali procedure amministrative ( richieste personale, beni e servizi..etc) in almeno 2 riunioni di struttura		N.verbali sottoscritti di riunioni con presenza personale amministrativo coinvolto
Digitalizzazione :Ris Pacs	25%		Piena-operatività Ris		Data di operatività

## BUDGET 2018

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Responsabile: Dott.ssa Paola Mantellini

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Tempi di attesa per invio referto negativo screening mammografico	1%		Tempi d'attesa referto negativo screening mammografico entro 21 gg almeno 90 %		Tempi d'attesa referto negativo screening mammografico entro 21 gg
Capacità di ricerca: Impact Factor	1%		IF di struttura uguale all'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni		IF Anno 2018 > IF medio Anni 2015_2016_2017
Prevenzione della corruzione	2%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi
	2%		Presentazione di almeno una proposta di azione idonea a creare un contesto sfavorevole alla corruzione entro il 30 Giugno		Presentazione della proposta alla Direzione aziendale e al RTPC
	1%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione

## BUDGET 2018

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Responsabile: Dott.ssa Paola Mantellini

<b>OBIETTIVI 2018</b>	<b>Peso %</b>	<b>Resp/Coin</b>	<b>Obiettivo specifico</b>	<b>Azioni</b>	<b>Indicatore</b>
Prevenzione	6%	Coordinamento Tecnico sanitario	Dismissione di almeno 1 Unità mobile e attivazione di almeno 1 Presidio territoriale per lo screening mammografico in collaborazione con Azienda Usl centro entro il 2018		N Unità mobile dismesse e n di Presidi territoriali per lo screening mammografico
<b>OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR</b>					
Screening individuale	5%		Partecipazione agli incontri per la definizione del passaggio allo screening individuale		Verbali partecipazione agli incontri
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>				

## BUDGET 2018

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

Responsabile: Dott. ssa Francesca Carozzi f.f.

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
<b>Delibera G.R.T. N. 1520 del 27/12/2017</b>					
<b>STRATEGIE REGIONALI</b>					
Prevenzione	20%		Centralizzazione dello screening primario HPV		Implementazione al programma HPV primario per tutte le 12 ex aziende
Tempi d'attesa e specialistica	5%		Adozione del catalogo regionale della specialistica ambulatoriale		Supporto all'allineamento prestazioni Ispro a nuovo catalogo regionale
<b>PERFORMANCE COMPLESSIVA SISTEMA DI VALUTAZIONE (BERSAGLIO)</b>					
Rischio Clinico	5%		Realizzazione di almeno 3 Audit		N. Audit
	5%		Realizzazione di almeno 6 M&M		N. M&M
<b>AZIONI PER LA SOSTENIBILITA'</b>					
Farmaceutica e dispositivi	2%		Mantenimento valore consumo dispositivi medici		Importo consumi dispositivi medici 2018 <= Importo consumi dispositivi medici 2017

## BUDGET 2018

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

**Responsabile: Dott. ssa Francesca Carozzi f.f.**

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
<b>OBIETTIVI AZIENDALI</b>					
Qualità della documentazione sanitaria	6%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta	Monitoraggio quadrimestrale su campione del 5% delle schede sanitarie	Schede cliniche ambulatoriali/referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale >= 90%
Accreditamento Istituzionale	11%		Raggiungimento e mantenimento standard di accreditamento per il processo di interesse	Monitoraggio semestrale dati di processo	N. requisiti soddisfatti / n. totali requisiti previsti >70%
Accreditamento ISO 15189	3%		Implementazione del sistema di gestione secondo norma di accreditamento	Monitoraggio quadrimestrale obiettivi piano di attività	N. obiettivi raggiunti / N. totale obiettivi previsti nel piano di attività > 80%
Integrazione multidisciplinare	3%		Coinvolgimento degli Uffici Amministrativi alle riunioni di struttura riguardanti le principali procedure amministrative ( richieste personale, beni e servizi..etc) in almeno 2 riunioni di struttura		N.verbali sottoscritti di riunioni con presenza personale amministrativo coinvolto

## BUDGET 2018

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

**Responsabile: Dott. ssa Francesca Carozzi f.f.**

<b>OBIETTIVI 2018</b>	<b>Peso %</b>	<b>Resp/Coin</b>	<b>Obiettivo specifico</b>	<b>Azioni</b>	<b>Indicatore</b>
Tempi di attesa per invio referto negativo screening cervice	10%		Contenimento dei tempi di attesa per invio referto negativo entro i limiti previsti da ONS (accettabile il 90% entro 30 gg)		Tempo di attesa invio referto negativo screening cervice
Tempi di attesa per invio referto negativo screening colon rettale	5%		Contenimento dei tempi di attesa per invio referto negativo entro i limiti previsti da ONS (accettabile il 90% entro 15 gg)		Tempo di attesa invio referto negativo screening colon rettale
Capacità di ricerca e Fund Raising	6%		Capacità di attrarre finanziamenti esterni attraverso partecipazione ai bandi di ricerca usciti nell'anno: presentazione di almeno 3 progetti		N° di progetti presentati con il coinvolgimento dell'ufficio Attività amm.ve supporto area ricerca
Prevenzione della corruzione	3%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi
	3%		Presentazione di almeno una proposta di azione idonea a creare un contesto sfavorevole alla corruzione entro il 30 Giugno		Presentazione della proposta alla Direzione aziendale e al RTPC
	3%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione
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

## BUDGET 2018

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

Responsabile: Dott. ssa Francesca Carozzi f.f.

<b>OBIETTIVI 2018</b>	<b>Peso %</b>	<b>Resp/Coin</b>	<b>Obiettivo specifico</b>	<b>Azioni</b>	<b>Indicatore</b>
<b>OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR</b>					
Miglioramento qualità	3%		Miglioramento concordanza interna esami citologia di triage (almeno 3 set)		lettura condivisa set vetrini
Percorsi per gli utenti	2%		Ottimizzazione percorsi citoassistenza e internalizzazione esami inquadramento terapeutico		Relazione fattibilità e attuazione del progetto
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>				

## BUDGET 2018

S.S. Centro di Riabilitazione Oncologica

Responsabile: Dr.ssa Maria Grazia Muraca

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Delibera G.R.T. N. 1520 del 27/12/2017					
<b>PERFORMANCE COMPLESSIVA SISTEMA DI VALUTAZIONE (BERSAGLIO)</b>					
Rischio Clinico	1%		Realizzazione di almeno 1 Audit		N. Audit
	1%		Realizzazione di almeno 2 M&M		N. M&M
	10%		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		Applicazione buone pratiche per la sicurezza del paziente "Capacità di controllo delle cadute dei pazienti"
Tempi d'attesa e specialistica	10%		Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica >90%		Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica >90%
	10%		Adozione del catalogo regionale della specialistica ambulatoriale		Supporto all'allineamento prestazioni Ispro a nuovo catalogo regionale
	10%		Prescrizione delle prestazioni antecedente al momento della erogazione. Incremento rispetto al 2017 della % prestazioni con data erogazione diversa dalla data prescrizione		% prestazioni con data erogazione diversa da data prescrizione

## BUDGET 2018

S.S. Centro di Riabilitazione Oncologica

Responsabile: Dr.ssa Maria Grazia Muraca

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
<b>OBIETTIVI AZIENDALI</b>					
Qualità della documentazione sanitaria	10%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta	Monitoraggio quadrimestrale su campione del 5% delle schede sanitarie	Schede cliniche ambulatoriali/referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale >= 90%
Accreditamento Istituzionale	10%		Raggiungimento e mantenimento standard di accreditamento per il processo di interesse	Monitoraggio semestrale dati di processo	N. requisiti soddisfatti / n. totali requisiti previsti >70%
Riabilitazione Oncologica	7%		Progetto Corri La Vita - Blue Clinic		Realizzazione progetto e avvio operativo

## BUDGET 2018

S.S. Centro di Riabilitazione Oncologica

Responsabile: Dr.ssa Maria Grazia Muraca

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Riabilitazione Oncologica	10%		Definizione Percorso Diagnostico Terapeutico Aziendale PDTA riabilitazione oncologica di Area Vasta entro Dicembre 2018		PDTA riabilitazione oncologica
Integrazione multidisciplinare	3%		Coinvolgimento degli Uffici Amministrativi alle riunioni di struttura riguardanti le principali procedure amministrative ( richieste personale, beni e servizi.etc) in almeno 2 riunioni di struttura		N.verbali sottoscritti di riunioni con presenza personale amministrativo coinvolto
Cartella elettronica integrata	10%		Realizzazione cartella elettronica integrata Riabilitazione e Psicologia (con supporto Sistema Informativo Estar)		Realizzazione cartella elettronica integrata

## BUDGET 2018

S.S. Centro di Riabilitazione Oncologica

Responsabile: Dr.ssa Maria Grazia Muraca

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Prevenzione della corruzione	1%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi
	1%		Presentazione di almeno una proposta di azione idonea a creare un contesto sfavorevole alla corruzione entro il 30 Giugno		Presentazione della proposta alla Direzione aziendale e al RTPC
	1%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione
<b>OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR</b>					
Sensibilizzazione dell'utenza	5%		Progettazione orto bioattivo		Presentazione progetto
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>				

# BUDGET 2018

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Delibera G.R.T. N. 1520 del 27/12/2017					
<b>STRATEGIE REGIONALI</b>					
Governo oncologia	5%		Attuazione della delibera DGR 1068/2016: approvazione indicazioni per la creazione di agende per le visite di Follow Up Oncologico		Documento modalità follow up Ispro da sottoporre al Coordinamento dei Dipartimenti Oncologici
Tempi d'attesa e specialistica	15%		Prescrizione delle prestazioni antecedente al momento della erogazione. Incremento rispetto al 2017 della % prestazioni con data erogazione diversa dalla data prescrizione		% prestazioni con data erogazione diversa da data prescrizione
	5%		Adozione del catalogo regionale della specialistica ambulatoriale		Supporto all'allineamento prestazioni Ispro a nuovo catalogo regionale
	10%		Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica >90% dall'attivazione del RIS		Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica >90%

# BUDGET 2018

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

<b>OBIETTIVI 2018</b>	<b>Peso %</b>	<b>Resp/Coin</b>	<b>Obiettivo specifico</b>	<b>Azioni</b>	<b>Indicatore</b>
<b>PERFORMANCE COMPLESSIVA SISTEMA DI VALUTAZIONE (BERSAGLIO)</b>					
Rischio Clinico	2%		Realizzazione di almeno 1 Audit		N. Audit
	2%		Realizzazione di almeno 3 M&M		N. M&M
	5%		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		Applicazione buone pratiche per la sicurezza del paziente "Capacità di controllo delle cadute dei pazienti"
<b>AZIONI PER LA SOSTENIBILITA'</b>					
Farmaceutica e dispositivi	3%		Mantenimento valore consumo dispositivi medici		Importo consumi dispositivi medici 2018 <= Importo consumi dispositivi medici 2017

# BUDGET 2018

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

<b>OBIETTIVI 2018</b>	<b>Peso %</b>	<b>Resp/Coin</b>	<b>Obiettivo specifico</b>	<b>Azioni</b>	<b>Indicatore</b>
<b>OBIETTIVI AZIENDALI</b>					
Qualità della documentazione sanitaria	10%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta	Monitoraggio quadrimestrale su campione del 5% delle schede sanitarie	Schede cliniche ambulatoriali/referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale >= 90%
Accreditamento Istituzionale	5%		Raggiungimento e mantenimento standard di accreditamento per il processo di interesse	Monitoraggio semestrale dati di processo	N. requisiti soddisfatti / n. totali requisiti previsti >70%
Integrazione multidisciplinare	3%		Coinvolgimento degli Uffici Amministrativi alle riunioni di struttura riguardanti le principali procedure amministrative ( richieste personale, beni e servizi.etc). Invito in almeno 2 riunioni di struttura		N.inviti personale amministrativo a riunioni di Struttura
Digitalizzazione :Ris Pacs	10%		Piena-operatività Ris		Data di operatività

# BUDGET 2018

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Prevenzione secondaria	5%		Collaborazione al raggiungimento degli obiettivi regionali per l'estensione dello screening mammografico 45-74 anni	Attività di screening mammografico	Numero mammografie di screening 2018 versus 2017
Tempi di attesa per invio referto negativo screening mammografico	5%		Tempi d'attesa referto negativo screening mammografico entro 21 gg almeno 90 % (da valutare applicazione sui medici senologia clinica)		Tempi d'attesa referto negativo screening mammografico entro 21 gg
Prevenzione della corruzione	2%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi
	2%		Presentazione di almeno una proposta di azione idonea a creare un contesto sfavorevole alla corruzione entro il 30 Giugno		Presentazione della proposta alla Direzione aziendale e al RTPC
	2%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione

# BUDGET 2018

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	4%		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
<b>OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR</b>					
Organizzazione tirocini	5%		Gestione 100% richieste di tirocinio		N. tirocini effettuati : N. tirocini richiesti
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>				

## BUDGET 2018

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

Responsabile: Dr. Domenico Palli

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Delibera G.R.T. N. 1520 del 27/12/2017					
<b>STRATEGIE REGIONALI</b>					
Ricerca	10%		Informatizzazione servizi per la sperimentazione clinica (DGR N.553/2014 Allegato A1):uso della piattaforma CRPMS-Produzione Fattibilità, chiusura Budget, definizione Contratto e archiviazione Contrattofirmato (Moduli "CRM &Feasibility", "Contratto" e "Budget e fatturazione") per il 70 % dei nuovi studi 2018		Uso della piattaforma CRPMS

## BUDGET 2018

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

Responsabile: Dr. Domenico Palli

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
<b>OBIETTIVI AZIENDALI</b>					
Registro Mortalità della Regione Toscana	10%		Messa in produzione del programma gestionale Università degli Studi di Firenze per il Registro di Mortalità		Utilizzo programma gestionale Registro di Mortalità
Capacità di ricerca: H index	10%		Aggiornamento valutazione interna dell'attività di ricerca H index e applicazione al CRL		Documento con valutazione
Capacità di ricerca: Impact Factor	10%		IF di struttura uguale all'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni		IF Anno 2018 > IF medio Anni 2015_2016_2017
Implementazione di un modello regionale integrato per i soggetti con storia familiare di tumore della mammella (percorsi clinico diagnostici e di riduzione del rischio)	10%		Progetto esecutivo a livello di Istituto		Avvio progetto esecutivo
Prevenzione primaria	10%		Progetto prevenzione primaria con UNICOOP Firenze		Completamento 30% progetto entro 31.12.2018

## BUDGET 2018

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

Responsabile: Dr. Domenico Palli

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Capacità di ricerca e Fund Raising	10%		Capacità di attrarre finanziamenti esterni attraverso partecipazione ai bandi di ricerca usciti nell'anno; presentazione di un numero uguale o maggiore di progetti rispetto ai bandi precedenti		N° di progetti presentati come PI o come subcontrattor con il coinvolgimento dell'ufficio Attività amm.ve supporto area ricerca
Prevenzione della corruzione	5%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi
	5%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione
	5%		Presentazione di almeno una proposta di azione idonea a creare un contesto sfavorevole alla corruzione entro il 30 Giugno		Presentazione della proposta alla Direzione aziendale e al RTPC
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

## BUDGET 2018

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

Responsabile: Dr. Domenico Palli

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Integrazione multidisciplinare	5%		Coinvolgimento degli Uffici Amministrativi alle riunioni di struttura riguardanti le principali procedure amministrative ( richieste personale, beni e servizi..etc) in almeno 2 riunioni di struttura		N.verbali sottoscritti di riunioni con presenza personale amministrativo coinvolto
<b>OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR</b>					
Azione sulla prevenzione primaria	5%		Incontri con la popolazione sulle tematiche della prevenzione primaria (almeno 2)		n. incontri
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>				

## BUDGET 2018

### Coordinamento Assistenziale e di Prevenzione

Dott.ssa Antonella Cipriani

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
<b>OBIETTIVI AZIENDALI</b>					
Qualità della documentazione sanitaria	20%		Corretta registrazione dell'attività infermieristica e ostetrica svolta	Monitoraggio quadrimestrale su campione del 5% delle schede sanitarie	Schede cliniche ambulatoriali/referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale >= 90%
Accreditamento Istituzionale	15%		Raggiungimento e mantenimento standard di accreditamento per il processo di interesse	Monitoraggio semestrale dati di processo	N. requisiti soddisfatti / n. totali requisiti previsti >70%
Soddisfazione dell'utente	5%		Azioni di miglioramento poste in essere a fronte dei reclami ricevuti dall'URP 100%		N. azioni di miglioramento/N. di fattispecie di reclami ricevuti
	10%		Raccolta azioni di miglioramento messe in atto dai vari CDR		Report con l'indicatore per CDR
Registro Tumori della Regione Toscana e dei sistemi di sorveglianza e monitoraggio regionali	15%	Resp: SC Ep Clin Desc Coinvolti: Coord Statistico	Attività di codifica		Report di analisi

## BUDGET 2018

### Coordinamento Assistenziale e di Prevenzione

Dott.ssa Antonella Cipriani

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Prevenzione della corruzione	5%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi
	5%		Produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio come da PTPC Area di rischio A7 Attività "Allocazione delle risorse:Analisi carichi di lavoro Individuazione profilo di competenza": I Semestre entro 31 Luglio e II Semestre entro 15 Gennaio		Produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio come da PTPC
	10%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione
	5%		Presentazione di almeno una proposta di azione idonea a creare un contesto sfavorevole alla corruzione entro il 30 Giugno		Presentazione della proposta alla Direzione aziendale e al RTPC

## BUDGET 2018

### Coordinamento Assistenziale e di Prevenzione

Dott.ssa Antonella Cipriani

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Integrazione multidisciplinare	5%		Coinvolgimento degli Uffici Amministrativi alle riunioni di struttura riguardanti le principali procedure amministrative ( richieste personale, beni e servizi..etc) in almeno 2 riunioni di struttura		N.verbali sottoscritti di riunioni con presenza personale amministrativo coinvolto
<b>OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR</b>					
Istituzione del Comitato di partecipazione in base alla L.R. 75 2017	5%		Attivazione azioni necessarie propedeutiche all'istituzione del Comitato di partecipazione		Documentazione a supporto
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>				

## BUDGET 2018

Posiziona Organizzativa: Coordinamento Tecnico Sanitario

Dott.ssa Eva Carnesciali

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Delibera G.R.T. N. 1520 del 27/12/2017					
<b>AZIONI PER LA SOSTENIBILITA'</b>					
Efficienza ed economicità	5%		Contenimento giacenze per dispositivi per approfondimenti ( giacenze al 31.12.2018 <= giacenze al 31.12. 2017)		Giacenze finali
<b>AZIONI E PROGETTI SPECIFICI</b>					
Estensione del programma regionale programma HPV Primario	10%	Resp.: S.C. Laboratorio di Prevenzione Oncologica	Estensione dello screening primario HPV		Implementazione al programma HPV primario per n. 12 ex aziende

## BUDGET 2018

Posizione Organizzativa: Coordinamento Tecnico Sanitario

Dott.ssa Eva Carnesciali

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
<b>OBIETTIVI AZIENDALI</b>					
Qualità della documentazione sanitaria	15%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta	Monitoraggio quadrimestrale su campione del 5% delle schede sanitarie	Schede cliniche ambulatoriali/referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale >= 90%
Accreditamento Istituzionale	5%		Raggiungimento e mantenimento standard di accreditamento per il processo di interesse	Monitoraggio semestrale dati di processo	N. requisiti soddisfatti / n. totali requisiti previsti >70%
Accreditamento ISO 15189	2%		Implementazione del sistema di gestione secondo norma di accreditamento	Monitoraggio quadrimestrale obiettivi piano di attività	N. obiettivi raggiunti / N. totale obiettivi previsti nel piano di attività > 80%

## BUDGET 2018

Posizione Organizzativa: Coordinamento Tecnico Sanitario

Dott.ssa Eva Carnesciali

<b>OBIETTIVI 2018</b>	<b>Peso %</b>	<b>Resp/Coin</b>	<b>Obiettivo specifico</b>	<b>Azioni</b>	<b>Indicatore</b>
Soddisfazione dell'utente	2%		Azioni di miglioramento poste in essere a fronte dei reclami ricevuti dall'URP 100%		N. azioni di miglioramento trasmesse all'URP/N. di fattispecie di reclami ricevuti
Digitalizzazione :Ris Pacs	25%		Piena-operatività Ris		Data di operatività
Capacità produttiva: attività laboratorio	5%		Collaborazione ad incremento dei volumi di attività laboratorio erogata Anno 2018 > Anno 2017		Volumi di attività erogata
Capacità produttiva: attività radiologica	4%		Collaborazione ad incremento dei volumi di attività diagnostica radiologica erogata: Anno 2018 > Anno 2017		Volumi di attività erogata

## BUDGET 2018

**Posizione Organizzativa: Coordinamento Tecnico Sanitario**

**Dott.ssa Eva Carnesciali**

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Prevenzione della corruzione	1%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi
	1%		Produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio come da PTPC: Area di rischio Trasferimento ambulatori mobili Attività "Pianificazione calendario annuale screening mammografico" I Semestre entro 31 Luglio e II Semestre entro 15 Gennaio		Produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio come da PTPC
	1%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione
	1%		Presentazione di almeno una proposta di azione idonea a creare un contesto sfavorevole alla corruzione entro il 30 Giugno		Presentazione della proposta alla Direzione aziendale e al RTPC

## BUDGET 2018

Posiziona Organizzativa: Coordinamento Tecnico Sanitario

Dott.ssa Eva Carnesciali

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Integrazione multidisciplinare	3%		Coinvolgimento degli Uffici Amministrativi alle riunioni di struttura riguardanti le principali procedure amministrative ( richieste personale, beni e servizi..etc) in almeno 2 riunioni di struttura		N.verbali sottoscritti di riunioni con presenza personale amministrativo coinvolto
Prevenzione	15%	Coordinamento Tecnico sanitario	Dismissione di almeno 1 Unità mobile e attivazione di almeno 1 Presidio territoriale per lo screening mammografico in collaborazione con Azienda Usl centro entro il 2018		N Unità mobile dismesse e n di Presidi territoriali per lo screening mammografico
<b>OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR</b>					
Screening individuale	5%		Partecipazione agli incontri per la definizione del passaggio allo screening individuale		Verbali partecipazione agli incontri
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>				

# BUDGET 2018

S.C. Attività tecnico amministrative

Responsabile: Dott. Mario Piccoli Mazzini

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
<b>Delibera G.R.T. N. 1520 del 27/12/2017</b>				
<b>STRATEGIE REGIONALI</b>				
Programmazione	2%		Piano ICT regionale	Pianificazione fabbisogno informatico Ispro
Sperimentazioni cliniche	2%		Informatizzazione servizi per la sperimentazione clinica (DGR N.553/2014 Allegato A1)	Utilizzo del modulo informatico regionale
Efficienza ed economicità	1%		Gestione dei budget trasversali	Rispetto importi previsti (come da BP 2018) nelle singole autorizzazioni di spesa gestite come budget trasversale
<b>AZIONI PER LA SOSTENIBILITA'</b>				
Valutazione delle tecnologie	2%		Adesione alla procedura di segnalazione del sistema di valutazione delle tecnologie innovative e degli investimenti sanitari	Adesione alla procedura
<b>PERFORMANCE COMPLESSIVA SISTEMA DI VALUTAZIONE (BERSAGLIO)</b>				
Rapporti con l'utenza	2%		Miglioramento Front office telefonico	Indicatore Mes B.16.2

## BUDGET 2018

S.C. Attività tecnico amministrative

Responsabile: Dott. Mario Piccoli Mazzini

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
<b>OBIETTIVI AZIENDALI</b>				
Progetto PAC regionale	10%		Stesura procedure di competenza	Redazione procedure di competenza
Prevenzione della corruzione	5%		Mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre	Predisposizione della mappatura dei processi
	5%		Produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio come da PTPC 1° semestre entro il 31/07 e 2° semestre entro il 15/01: area di rischio A1 Conferimento incarichi A2 Gestione progetti finalizzati per "sperimentazioni cliniche" A8 Appalti con affidamenti diretti	Produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio come da PTPC
	5%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione
	5%		Presentazione di almeno una proposta di azione idonea a creare un contesto sfavorevole alla corruzione entro il 30 Giugno	Presentazione della proposta alla Direzione aziendale e al RTPC
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	15%		Effettuazione di almeno 1 riunione complessiva di struttura entro Giugno	Verbale riunioni di struttura con elenco sottoscritto dei partecipanti
Registro Tumori e Cartella ambulatoriale	6%		Collaudo programma gestionale Università degli Studi di Firenze per il Registro Tumori e Cartella ambulatoriale	Predisposizione Verbali di collaudo

## BUDGET 2018

S.C. Attività tecnico amministrative

Responsabile: Dott. Mario Piccoli Mazzini

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
Integrazione multidisciplinare	10%		Partecipazione degli Uffici Amministrativi a tutte le riunioni di struttura riguardanti le principali procedure amministrative ( richieste personale, beni e servizi..etc)	N.verbali sottoscritti di riunioni con presenza personale amministrativo coinvolto/N. riunioni per le quali è stata richiesta la partecipazione
Soddisfazione dell'utente	10%		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
Rafforzamento capacità di lavorare in team	20%		Risoluzione di problematiche trasversali tra settori amministrativi	N. verbali riunioni intersettoriali con indicazione di proposta di soluzione delle problematiche trasversali
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>			

# BUDGET 2018

S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti

Responsabile: Dott.ssa Cristina Gheri

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
Delibera G.R.T. N. 1520 del 27/12/2017				
<b>STRATEGIE REGIONALI</b>				
Efficienza ed economicità	10%		Monitoraggio sul rispetto del tetto dei costi di funzionamento ( L. 122/2010, LRT 65/2010, DGR 81/2012)	Invio tabella con monitoraggio costi di funzionamento trimestrale alla Direzione Amministrativa
<b>OBIETTIVI AZIENDALI</b>				
Progetto PAC regionale	10%		Rispetto adempimenti della SS come da cronoprogramma PAC regionale	Rispetto cronoprogramma PAC
	10%		Stesura procedure di competenza	Redazione procedure di competenza
Manutenzione cruscotto direzionale	10%		Manutenzione/aggiornamento del cruscotto aziendale con indicatori di interesse aziendale Monitoraggio almeno quadrimestrale degli indicatori del cruscotto direzionale (3 cruscotti direzionali)	N° cruscotti aziendali prodotti
Prevenzione della corruzione	10%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre	Predisposizione ed invio della mappatura dei processi
	10%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione
	10%		Presentazione di almeno una proposta di azione idonea a creare un contesto sfavorevole alla corruzione entro il 30 Giugno	Presentazione della proposta alla Direzione aziendale e al RTPC

**S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti**

Responsabile: Dott.ssa Cristina Gheri

<b>OBIETTIVI 2018</b>	<b>Peso %</b>	<b>Resp/Coin</b>	<b>Obiettivo specifico</b>	<b>Indicatore</b>
Integrazione multidisciplinare	10%		Partecipazione degli Uffici Amministrativi a tutte le riunioni di struttura riguardanti le principali procedure amministrative ( richieste personale, beni e servizi..etc)	N.verbali sottoscritti di riunioni con presenza personale amministrativo coinvolto/N. riunioni per le quali è stata richiesta la partecipazione
Rafforzamento capacità di lavorare in team	17%		Risoluzione di problematiche trasversali tra settori amministrativi	N. verbali riunioni intersettoriali con indicazione di proposta di soluzione delle problematiche trasversali
<b>OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR</b>				
Tavolo regionale permanente dei Responsabili del Bilancio	3%		Partecipazione ai lavori del Tavolo	N. di incontri ai quali è stato partecipato/N. di incontri del Tavolo
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>			

## BUDGET 2018

S.C. Epidemiologia Clinica

Responsabile: Dott. Marco Zappa f.f.

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Delibera G.R.T. N. 1520 del 27/12/2017					
<b>STRATEGIE REGIONALI</b>					
Ricerca	10%		Informatizzazione servizi per la sperimentazione clinica (DGR N.553/2014 Allegato A1):uso della piattaforma CRPMS- Produzione Fattibilità, chiusura Budget, definizione Contratto e archiviazione Contrattofirmato (Moduli "CRM & Feasibility", "Contratto" e "Budget e fatturazione") per il 70 % dei nuovi studi 2018		Uso della piattaforma CRPMS
<b>OBIETTIVI AZIENDALI</b>					
Registro Tumori della Regione Toscana	20%		<del>Collaudo programma gestionale- Università degli Studi di Firenze per il Registro Tumori</del>		<del>Collaudo nuovo programma gestionale</del>

## BUDGET 2018

S.C. Epidemiologia Clinica

Responsabile: Dott. Marco Zappa f.f.

<b>OBIETTIVI 2018</b>	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Registro Tumori della Regione Toscana	20%		Completamento anni 2014		Completamento anni 2014
Capacità di ricerca: Impact Factor	10%		IF di struttura uguale all'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni		IF Anno 2018 > IF medio Anni 2015_2016_2017
Capacità di ricerca e Fund Raising	<del>40%</del> 30%		Capacità di attrarre finanziamenti esterni anche attraverso partecipazione ai bandi di ricerca usciti nell'anno: presentazione di un numero uguale o maggiore di progetti rispetto ai bandi precedenti		N° di progetti presentati con il coinvolgimento dell'ufficio Attività amm.ve supporto area ricerca
Prevenzione della corruzione	5%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi
	5%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione

## BUDGET 2018

S.C. Epidemiologia Clinica

Responsabile: Dott. Marco Zappa f.f.

<b>OBIETTIVI 2018</b>	<b>Peso %</b>	<b>Resp/Coin</b>	<b>Obiettivo specifico</b>	<b>Azioni</b>	<b>Indicatore</b>
	5%		Presentazione di almeno una proposta di azione idonea a creare un contesto sfavorevole alla corruzione entro il 30 Giugno		Presentazione della proposta alla Direzione aziendale e al RTPC
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
Integrazione multidisciplinare	5%		Coinvolgimento degli Uffici Amministrativi alle riunioni di struttura riguardanti le principali procedure amministrative ( richieste personale, beni e servizi..etc) in almeno 2 riunioni di struttura		N.verbali sottoscritti di riunioni con presenza personale amministrativo coinvolto

## BUDGET 2018

S.C. Epidemiologia Clinica

Responsabile: Dott. Marco Zappa f.f.

<b>OBIETTIVI 2018</b>	<b>Peso %</b>	<b>Resp/Coin</b>	<b>Obiettivo specifico</b>	<b>Azioni</b>	<b>Indicatore</b>
<b>OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR</b>					
Valutazione screening	5%		Valutazione dell'effetto dello screening polmonare sulla mortalità cardiovascolare		Relazione
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>				

## BUDGET 2018

Posizione organizzativa: Coordinamento Statistico

Dott.ssa Patrizia Falini

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
<b>OBIETTIVI AZIENDALI</b>					
Digitalizzazione :Ris Pacs	20%		Piena operatività Ris		Data di operatività
Capacità di ricerca: Monitoraggio e valutazione attività scientifica e di ricerca	10%		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)		Calcolo indicatore Impact Factor (vedi deliberazione DG)
Registro Tumori della Regione Toscana	20%		Controlli dati tumori	Effettuazione attività statistica	Certificazione attività statistica da parte del Direttore SS Registri tumori
Registro Mortalità della Regione Toscana	7%		Controlli dati di mortalità	Effettuazione controlli dati	Trasmissione alle Aziende Usl 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

## BUDGET 2018

Posizione organizzativa: Coordinamento Statistico

Dott.ssa Patrizia Falini

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Nuovi gestionali Registri	10%		Utilizzo Registro mortalità		Utilizzo Registro mortalità
	40%		<del>Collaudo programma gestionale Registro Tumori Università degli Studi di Firenze per la parte di competenza</del>		<del>Collaudo programma gestionale Registro Tumori</del>
Partecipazione al cruscotto direzionale	40%-20%		Monitoraggio quadrimestrale degli indicatori di competenza del cruscotto direzionale		N° invii indicatori di competenza
Prevenzione della corruzione	2%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi
	2%		Presentazione di almeno una proposta di azione idonea a creare un contesto sfavorevole alla corruzione entro il 30 Giugno		Presentazione della proposta alla Direzione aziendale e al RTPC

## BUDGET 2018

Posizione organizzativa: Coordinamento Statistico

Dott.ssa Patrizia Falini

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
	2%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione
Integrazione multidisciplinare	2%		Coinvolgimento degli Uffici Amministrativi alle riunioni di struttura riguardanti le principali procedure amministrative ( richieste personale, beni e servizi..etc) in almeno 2 riunioni di struttura		N.verbali sottoscritti di riunioni con presenza personale amministrativo coinvolto
<b>OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR</b>					
Screening individuale	5%		Partecipazione agli incontri per la definizione del passaggio allo screening individuale		Verbali partecipazione agli incontri
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>				

# BUDGET 2018

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

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
<b>OBIETTIVI AZIENDALI</b>					
Prevenzione della corruzione	3%		Predisposizione mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi
	3%		Presentazione di almeno una proposta di azione idonea a creare un contesto sfavorevole alla corruzione entro Ottobre		Presentazione della proposta alla Direzione aziendale e al RTPC
	3%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione
Integrazione multidisciplinare	15%		Coinvolgimento degli Uffici Amministrativi alle riunioni di struttura riguardanti le principali procedure amministrative ( richieste personale, beni e servizi..etc) in almeno 2 riunioni di struttura		N.verbali sottoscritti di riunioni con presenza personale amministrativo coinvolto
Comunicazione	6%		Comunicazione attività Core Research Laboratory		Aggiornamento/inserimento nei canali di comunicazione istituzionali (sito web, partecipazione a eventi esterni con invito)
Capacità di ricerca: H index	15%	Resp. Epid.fattori di rischio/coinv. CRL	Aggiornamento valutazione interna dell'attività di ricerca H index e applicazione al CRL		Documento con valutazione
Capacità di ricerca: Impact Factor	15%		IF di struttura uguale all'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni( <span style="color: red;">≥90% rispetto agli anni precedenti</span> )		IF Anno 2018 > IF medio Anni 2015_ 2016_2017

<b>OBIETTIVI 2018</b>	<b>Peso %</b>	<b>Resp/Coin</b>	<b>Obiettivo specifico</b>	<b>Azioni</b>	<b>Indicatore</b>
Capacità di ricerca	15%		Relazioni con Centri di Ricerca Regionali e Nazionali (almeno 5)		N rapporti certificati dal centro esterno
Collaborazioni con strutture ISPRO	20%		Collaborazioni con strutture ISPRO ( $\geq 90\%$ )		N. iniziative integrate programmate /N. iniziative integrate realizzate
<b>OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR</b>					
Attività didattica	5%		Disponibilità all'accoglienza di tesisti e studenti alternanza scuola lavoro (almeno 90% rispetto anno precedente)		% rispetto all'anno precedente
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>				