

PIANO DELLA PERFORMANCE

Contratti di budget per CDR
Anno 2019

BUDGET 2019

Posizione organizzativa: Coordinamento di Area Infermieristica

Dott.ssa Antonella Cipriani

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Qualità della documentazione sanitaria	15%		Corretta registrazione dell'attività infermieristica e ostetrica svolta	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 $\geq 90\%$
Accreditamento Istituzionale	15%		Raggiungimento e mantenimento standard di accreditamento per il processo di interesse	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	N. requisiti soddisfatti / n. totali requisiti previsti $>70\%$
Miglioramento sistema Qualità	5%		Realizzazioni progetti/azioni di miglioramento per adeguamento a requisiti di accreditamento non soddisfatti	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	Numero azioni miglioramento implementate / N. totale di requisiti pertinenti e non soddisfatti $> 70\%$
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.	Monitoraggio quadrimestrale	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 3 anni $> 80\%$
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

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
	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
Programmazione formazione ECM	5%		Realizzazione eventi formazione ECM >90%		N. eventi formativi ECM realizzati/ totale eventi formativi ECM programmati
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 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%		Produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio come da PTPC: area di rischio A7 "Servizio di smaltimento rifiuti sanitari speciali", I Semestre entro 31 Luglio e II Semestre entro 15 Gennaio		Produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio come da PTPC
Privacy	2%		Partecipazione corsi privacy dei Responsabili 100%		% adesione corsi privacy

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR					
Soddisfazione utenza	5%		Somministrazione questionario gradimento soddisfazione dell'utenza		Report
TOTALE	100%				

BUDGET 2019

Posiziona Organizzativa: Coordinamento di Area Tecnico Sanitario

Dott.ssa Eva Carnesciali

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Efficienza ed economicità	5%		Contenimento giacenze per dispositivi per approfondimenti (giacenze al 31.12.2019 <= giacenze al 31.12.2018)		Giacenze finali
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
Qualità della documentazione sanitaria	15%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta	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 >= 90%
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
Accreditamento ISO 15189 per il Laboratorio	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 2019

Posizione Organizzativa: Coordinamento di Area Tecnico Sanitario

Dott.ssa Eva Carnesciali

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Miglioramento sistema Qualità	2%		Realizzazioni progetti/azioni di miglioramento per adeguamento a requisiti di accreditamento non soddisfatti	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	Numero azioni miglioramento implementate / N. totale di requisiti pertinenti e non soddisfatti > 70%
Aggiornamento e/o rivalidazione documentazione di struttura	2%		Aggiornamento/rivalidazione della documentazione organizzativa e tecnico-operativa (procedure, istruzioni, protocolli, modulistica) di pertinenza, approvata da oltre tre anni.	Monitoraggio quadrimestrale	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 3 anni > 80%
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	4%		Collaborazione ad incremento dei volumi di attività laboratorio erogata Anno 2019 > Anno 2018		Volumi di attività erogata

BUDGET 2019

Posiziona Organizzativa: Coordinamento di Area Tecnico Sanitario

Dott.ssa Eva Carnesciali

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Capacità produttiva: attività radiologica	4%		Collaborazione ad incremento dei volumi di attività diagnostica radiologica erogata: Anno 2019 > Anno 2018		Volumi di attività erogata

BUDGET 2019

Posizione Organizzativa: Coordinamento di Area Tecnico Sanitario

Dott.ssa Eva Carnesciali

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
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%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione
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
Prevenzione	5%	Coordinamento Tecnico sanitario, SC Screening e prevenzione secondaria	Attivazione di almeno 1 Presidio territoriale per lo screening mammografico in collaborazione con Azienda Usl centro entro il 2019		N. Presidi territoriali per lo screening mammografico
Programmazione formazione ECM	3%		Realizzazione eventi formazione ECM >90%		N. eventi formativi ECM realizzati/ totale eventi formativi ECM programmati
Privacy	2%		Partecipazione corsi privacy dei Responsabili 100%		% adesione corsi privacy

BUDGET 2019

Posiziona Organizzativa: Coordinamento di Area Tecnico Sanitario

Dott.ssa Eva Carnesciali

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR					
Qualità della documentazione sanitaria	5%		Procedura controlli di qualità fisico tecnici in mammografia		Stesura procedura
TOTALE	100%				

BUDGET 2019

Posizione organizzativa: Coordinamento di Area Statistico-Epidemiologica

Dott.ssa Patrizia Falini

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Digitalizzazione :Ris Pacs	15%		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	10%		Controlli dati tumori	Effettuazione attività statistica	Certificazione attività statistica da parte del Direttore SS Registri tumori
Registro Mortalità della Regione Toscana	10%		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
Nuovi gestionali Registri	10%		Utilizzo Gestionale Registro mortalità		Certificazione utilizzo Registro mortalità da parte Responsabile Epidemiologia dell'ambiente e del lavoro
	10%		Collaudo programma gestionale Registro Tumori Università degli Studi di Firenze per la parte di competenza		Collaudo programma gestionale Registro Tumori
Partecipazione al cruscotto direzionale	10%		Monitoraggio quadrimestrale degli indicatori di competenza del cruscotto direzionale		N° invii indicatori di competenza
Preparazione della cartografia	5%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Prevenzione della corruzione	5%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione
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
Privacy	2%		Partecipazione corsi privacy dei Responsabili 100%		% adesione corsi privacy
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR					
Ricerca	5%		Pubblicazione di almeno 1 articolo scientifico con primo nome statistico e con impact factor >=3		Pubblicazione articolo
TOTALE	100%				

BUDGET 2019

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Ottimizzazione utilizzo spazi	15%		Collaborazione al trasferimento ambulatori Senologia Clinica presso Villa Delle Rose		Data completamento del trasferimento ambulatori senologia a VDR
Tempi d'attesa e specialistica	5%		Prescrizione delle prestazioni antecedente al momento della erogazione. Incremento rispetto al 2018 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'avvio del Ris Pacs		Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica >90%
Rischio Clinico	3%		Realizzazione di almeno 1 Audit		N. Audit
	3%		Realizzazione di almeno 3 M&M		N. M&M
	3%		Tempestività segnalazione e gestione EA inserite su Si_GRC (almeno 80%)		N. segnalazioni prese in carico Si-GCR dal facilitatore entro 45 giorni dalla data di accadimento/N. Totale segnalazioni inserite su Si_GRC
	3%		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		Applicazione buone pratiche per la sicurezza del paziente "Capacità di controllo delle cadute dei pazienti"

BUDGET 2019

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Farmaceutica e dispositivi	3%		Mantenimento valore consumo dispositivi medici		Importo consumi dispositivi medici 2019 <= Importo consumi dispositivi medici 2018
Qualità della documentazione sanitaria	5%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta	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 >= 90%
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
Miglioramento sistema Qualità	5%		Realizzazioni progetti/azioni di miglioramento per adeguamento a requisiti di accreditamento non soddisfatti	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	Numero azioni miglioramento implementate / N. totale di requisiti pertinenti e non soddisfatti > 70%
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.	Monitoraggio quadrimestrale	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 3 anni > 80%

BUDGET 2019

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2019	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). 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
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%		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	2%		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
Privacy	2%		Partecipazione corsi privacy dei Responsabili 100%		% adesione corsi privacy
Programmazione formazione ECM	2%		Realizzazione eventi formazione ECM >90%		N. eventi formativi ECM realizzati/totale eventi formativi ECM programmati

BUDGET 2019

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR					
Organizzazione tirocini	5%		Gestione 100% richieste di tirocinio		N. tirocini effettuati : N. tirocini richiesti
TOTALE	100%				

BUDGET 2019

S.S. Centro di Riabilitazione Oncologica

Responsabile: Dr.ssa Maria Grazia Muraca

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Rischio Clinico	5%		Realizzazione di almeno 1 Audit		N. Audit
	5%		Realizzazione di almeno 2 M&M		N. M&M
	5%		Tempestività segnalazione e gestione EA inserite su Si_GRC almeno 80%		N. segnalazioni prese in carico Si-GCR dal facilitatore entro 45 giorni dalla data di accadimento/ N. Totale segnalazioni inserite su Si_GRC
	5%		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% al netto Riabilitazione individuale e di gruppo		Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica >90%
	5%		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 2018 della % prestazioni con data erogazione diversa dalla data prescrizione		% prestazioni con data erogazione diversa da data prescrizione
Qualità della documentazione sanitaria	5%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta	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 >= 90%

BUDGET 2019

S.S. Centro di Riabilitazione Oncologica

Responsabile: Dr.ssa Maria Grazia Muraca

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Accreditamento Istituzionale	10%		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
Miglioramento sistema Qualità	10%		Realizzazioni progetti/azioni di miglioramento per adeguamento a requisiti di accreditamento non soddisfatti	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	Numero azioni miglioramento implementate / N. totale di requisiti pertinenti e non soddisfatti > 70%
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	Monitoraggio quadrimestrale	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 3 anni > 80%
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 2019

S.S. Centro di Riabilitazione Oncologica

Responsabile: Dr.ssa Maria Grazia Muraca

OBIETTIVI 2019	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%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione
Privacy	5%		Partecipazione corsi privacy dei Responsabili 100%		% adesione corsi privacy
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR					
Arteterapia	5%		Realizzazione di un mosaico con la collaborazione dei pazienti operati		Realizzazione mosaico
TOTALE	100%				

BUDGET 2019

S.C. Core Research Laboratory (CRL)

OBIETTIVI 2019	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 almeno 2 progetti		N° di progetti presentati come PI o come subcontractor 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%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione
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
Comunicazione	3%		Comunicazione attività Core Research Laboratory		Aggiornamento/inserimento nei canali di comunicazione istituzionali (sito web, partecipazione a eventi esterni con invito)
Privacy	5%		Partecipazione corsi privacy dei Responsabili 100%		% adesione corsi privacy
Capacità di ricerca: H index	10%	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(≥90% rispetto agli anni precedenti)		IF Anno 2019 > IF medio Anni 2018_17_16
Capacità di ricerca	15%		Relazioni con Centri di Ricerca Regionali e Nazionali (almeno 5)		N rapporti certificati dal centro esterno

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Collaborazioni con strutture ISPRO	5%		Collaborazioni con strutture ISPRO (>=90%)		N. iniziative integrate programmate /N. iniziative integrate realizzate
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	Monitoraggio quadrimestrale	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 3 anni > 80%
Farmaci e dispositivi	13%		Monitoraggio per la definizione consumi annuali		Definizione consumi annuali
Programmazione formazione ECM	3%		Realizzazione eventi formazione ECM >90%		N. eventi formativi ECM realizzati/totale eventi formativi ECM programmati
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR					
Attività didattica	5%		Disponibilità all'accoglienza di tesisti e studenti alternanza scuola lavoro (almeno 90% rispetto anno precedente)		% rispetto all'anno precedente
TOTALE	100%				

BUDGET 2019

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Responsabile: Dott.ssa Paola Mantellini

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
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 colorettaile 100% Estensione screening cervice 100% margine di tolleranza 5 punti percentuali		% di estensione agli screening al netto inviti inesitati
	5%	Resp. Direttore Laboratorio	Estensione dello screening primario HPV		Implementazione al programma HPV primario per tutte le 12 ex aziende
	5%	Screening prevenzione sec., Coordinamento area statistico epidemiologica, Epidemiologia clinica	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
	3%		Prescrizione delle prestazioni antecedente al momento della erogazione. Incremento rispetto al 2018 della % prestazioni con data erogazione diversa dalla data prescrizione		% prestazioni con data erogazione diversa da data prescrizione

BUDGET 2019

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Responsabile: Dott.ssa Paola Mantellini

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
	5%		Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica >90%		Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica >90%
Farmaceutica e dispositivi	5%		Mantenimento valore consumo dispositivi medici		Importo consumi dispositivi medici 2019 <= Importo consumi dispositivi medici 2018
Rischio Clinico	2%		Realizzazione di almeno 3 Audit		N. Audit
	2%		Realizzazione di almeno 4 M&M		N. M&M
	2%		Tempestività segnalazione e gestione EA inseriti su Si_GRC (almeno 80%)		N. segnalazioni prese in carico Si-GCR dal facilitatore entro 45 giorni dalla data di accadimento/N. Totale segnalazioni inserite su Si_GRC
	2%		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		Applicazione buone pratiche per la sicurezza del paziente "Capacità di controllo delle cadute dei pazienti"
Accreditamento Istituzionale	3%		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

BUDGET 2019

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Responsabile: Dott.ssa Paola Mantellini

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Miglioramento sistema Qualità	3%		Realizzazioni progetti/azioni di miglioramento per adeguamento a requisiti di accreditamento non soddisfatti	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	Numero azioni miglioramento implementate / N. totale di requisiti pertinenti e non soddisfatti > 70%
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.	Monitoraggio quadrimestrale	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 3 anni > 80%
Qualità della documentazione sanitaria	3%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta	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 >= 90%
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
Digitalizzazione :Ris Pacs	15%		Piena-operatività Ris		Data di operatività
Tempi di attesa per invio referto negativo screening mammografico	5%		Tempi d'attesa referto negativo screening mammografico entro 21 gg almeno 90 %		Tempi d'attesa referto negativo screening mammografico entro 21 gg

BUDGET 2019

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Responsabile: Dott.ssa Paola Mantellini

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Capacità di ricerca: Impact Factor	5%		IF di struttura uguale all'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni		IF Anno 2019> IF medio Anni 2016_ 2017_2018
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%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione
Programmazione formazione ECM	3%		Realizzazione eventi formazione ECM >90%		N. eventi formativi ECM realizzati/totale eventi formativi ECM programmati
Prevenzione	5%	Coordinamento Tecnico sanitario, SC Screening e prevenzione secondaria	Attivazione di almeno 1 Presidio territoriale per lo screening mammografico in collaborazione con Azienda Usl centro entro il 2019		n. Presidi territoriali per lo screening mammografico
Privacy	4%		Partecipazione corsi privacy dei Responsabili 100%		% adesione corsi privacy

BUDGET 2019

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Responsabile: Dott.ssa Paola Mantellini

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR					
Screening	5%		Definizione di un manuale dei requisiti essenziali dello screening		Redazione manuale
TOTALE	100%				

BUDGET 2019

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

Responsabile: Dr. Domenico Palli

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Registro Mortalità della Regione Toscana	10%		Utilizzo 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		Documento con valutazione e presentazione Ufficio Direzione
Capacità di ricerca: Impact Factor	10%		IF di struttura uguale all'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni		IF Anno 2019 > IF medio Anni 2016-17-18
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
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 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

BUDGET 2019

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

Responsabile: Dr. Domenico Palli

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	7%		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	8%		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
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.	Monitoraggio quadrimestrale	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 3 anni > 80%

BUDGET 2019

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

Responsabile: Dr. Domenico Palli

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Programmazione formazione ECM	6%		Realizzazione eventi formazione ECM >90%		N. eventi formativi ECM realizzati/totale eventi formativi ECM programmati
Privacy	4%		Partecipazione corsi privacy dei Responsabili 100%		% adesione corsi privacy
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR					
Azione sulla prevenzione primaria	5%		Incontri con la popolazione sulle tematiche della prevenzione primaria (almeno 2)		n. incontri
TOTALE	100%				

BUDGET 2019

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

Responsabile: Dott. Marco Zappa f.f.

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Registro Tumori della Regione Toscana	20%		Collaudo programma gestionale Università degli Studi di Firenze per il Registro Tumori		Collaudo nuovo programma gestionale
Registro Tumori della Regione Toscana	20%		Completamento inserimento Anno 2015 (100%)		Completamento inserimento Anno 2015
Capacità di ricerca: Impact Factor	10%		IF di struttura uguale all'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni		IF Anno 2019 > IF medio Anni 2016-17-18
Capacità di ricerca e Fund Raising	11%		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
	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 2019

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

Responsabile: Dott. Marco Zappa f.f.

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Prevenzione della corruzione	5%		Produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio come da PTPC: area di rischio A5 "Rilascio di parere sul documento regionale di indirizzo pluriennale in ambito oncologico dei partecipanti al comitato tecnico dell'Organismo di coordinamento della rete oncologica regionale", I Semestre entro 31 Luglio e II Semestre entro 15 Gennaio		Produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio come da PTPC
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	3%		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 2019

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

Responsabile: Dott. Marco Zappa f.f.

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
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.	Monitoraggio quadrimestrale	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 3 anni > 80%
Programmazione formazione ECM	2%		Realizzazione eventi formazione ECM >90%		N. eventi formativi ECM realizzati/totale eventi formativi ECM programmati
Privacy	4%		Partecipazione corsi privacy dei Responsabili 100%		% adesione corsi privacy
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR					
Registro tumori	5%		Accreditamento registro tumori regionale		Documento di accreditamento dell'ente certificatore
TOTALE	100%				

BUDGET 2019

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

Responsabile: Dott. ssa Francesca Carozzi

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Prevenzione	15%		Centralizzazione dello screening primario HPV		Implementazione al programma HPV primario per tutte le 12 ex aziende
Tempi d'attesa e specialistica	2%		Adozione del catalogo regionale della specialistica ambulatoriale		Supporto all'allineamento prestazioni Ispro a nuovo catalogo regionale
Rischio Clinico	5%		Realizzazione di almeno 3 Audit		N. Audit
	5%		Realizzazione di almeno 6 M&M		N. M&M
	5%		Tempestività segnalazione e gestione EA inserite su Si_GRC (almeno 80%)		N. segnalazioni prese in carico Si-GCR dal facilitatore entro 45 giorni dalla data di accadimento/N. Totale segnalazioni inserite su Si_GRC
Farmaceutica e dispositivi	2%		Mantenimento valore consumo dispositivi medici		Importo consumi dispositivi medici 2019 <= Importo consumi dispositivi medici 2018
Qualità della documentazione sanitaria	6%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta	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 >= 90%

BUDGET 2019

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

Responsabile: Dott. ssa Francesca Carozzi

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Accreditamento Istituzionale	10%		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
Accreditamento ISO 15189	5%		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%
Miglioramento sistema Qualità	5%		Realizzazioni progetti/azioni di miglioramento per adeguamento a requisiti di accreditamento non soddisfatti	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	Numero azioni miglioramento implementate / N. totale di requisiti pertinenti e non soddisfatti > 70%
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 tre anni.	Monitoraggio quadrimestrale	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 3 anni > 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
Tempi di attesa per invio referto negativo screening cervice	5%		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

BUDGET 2019

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

Responsabile: Dott. ssa Francesca Carozzi

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
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	5%		Capacità di attrarre finanziamenti esterni attraverso partecipazione ai bandi di ricerca usciti nell'anno: presentazione di almeno 6 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%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione
Programmazione formazione ECM	2%		Realizzazione eventi formazione ECM >90%		N. eventi formativi ECM realizzati/totale eventi formativi ECM programmati
Privacy	3%		Partecipazione corsi privacy dei Responsabili 100%		% adesione corsi privacy

BUDGET 2019

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

Responsabile: Dott. ssa Francesca Carozzi

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	2%		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 2019

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

Responsabile: Dott. ssa Francesca Carozzi

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR					
Miglioramento qualità	5%		Fattibilità e progetto pilota programma veq per pap test primario per la Regione Toscana		Fattibilità entro Maggio e lancio progetto pilota entro l'anno
TOTALE	100%				

BUDGET 2019

S.C. Attività tecnico amministrative

Responsabile: Dott. Mario Piccoli Mazzini

OBIETTIVI 2019	Peso	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
Efficienza ed economicità	15%		Adempimenti amministrativi per il trasferimento ambulatori Senologia Clinica presso Villa Delle Rose	Conclusione procedure amministrative di gara
Efficienza ed economicità	15%		Gestione dei budget di spesa trasversali	Rispetto importi previsti (come da BP 2019) nelle singole autorizzazioni di spesa gestite come budget trasversale
Progetto PAC regionale	15%		Completamento PAC d'Istituto	Redazione/aggiornamento/ applicazione procedure di competenza
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
Integrazione multidisciplinare	5%		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

BUDGET 2019

S.C. Attività tecnico amministrative

Responsabile: Dott. Mario Piccoli Mazzini

OBIETTIVI 2019	Peso	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
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
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 cinque anni	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 3 anni > 80%
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	N° di riunioni di struttura con elenco sottoscritto dei partecipanti
Flussi informativi	15%		Analisi problematiche criticità flussi informativi	N. verbali riunioni con indicazione di proposta di soluzione delle criticità flussi
Privacy	7%		Partecipazione corsi privacy dei Responsabili 100%	% adesione corsi privacy

BUDGET 2019

S.C. Attività tecnico amministrative

Responsabile: Dott. Mario Piccoli Mazzini

OBIETTIVI 2019	Peso	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
Tempestività pagamenti	3%		Rispetto dei tempi di pagamento fornitori (N. solleciti ricevuti < 10)	N. solleciti ricevuti
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR				
TOTALE	100%			

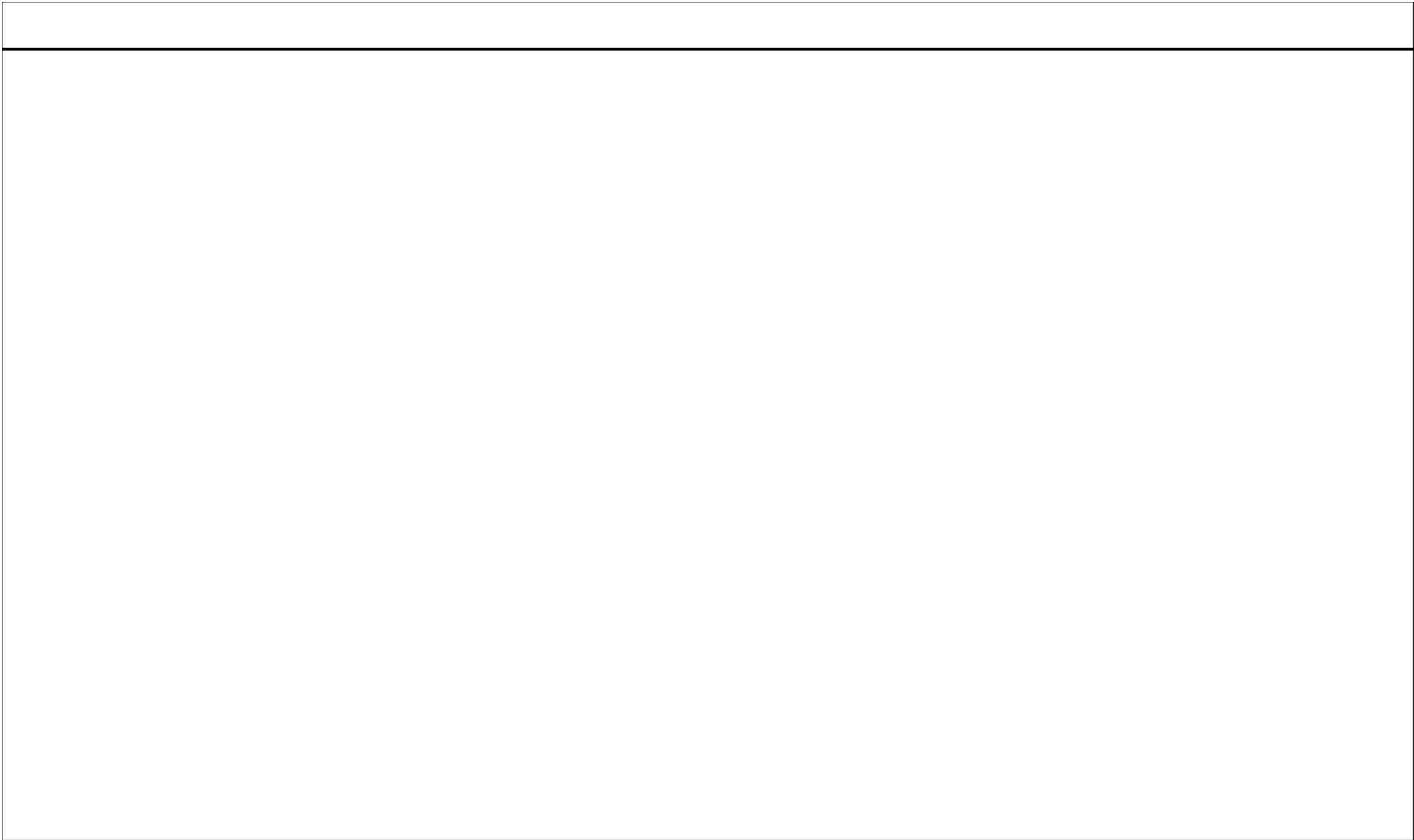
Il Direttore Amministrativo _____

Il Direttore Generale _____

Visto del Controllo di Gestione _____

Il Responsabile di CdR _____

Firenze,





BUDGET 2019

S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti

Responsabile: Dott.ssa Cristina Gheri

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
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
Progetto PAC regionale	15%		Completamento PAC d'Istituto	Redazione/aggiornamento/applicazione procedure di competenza
Manutenzione cruscotto direzionale	15%		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	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
Integrazione multidisciplinare	5%		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
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 cinque anni.	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 3 anni > 80%
Privacy	5%		Partecipazione corsi privacy dei Responsabili 100%	% adesione corsi privacy

S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti**Responsabile: Dott.ssa Cristina Gheri**

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
Flussi informativi	15%		Analisi problematiche criticità flussi informativi	N. verbali riunioni con indicazione di proposta di soluzione delle criticità flussi
Formazione	10%		Incontro formativo sulle politiche di bilancio nella SC Attività tecnico amministrative di almeno 2 ore	Incontro formativo
Tempestività pagamenti	5%		Rispetto dei tempi di pagamento delle fatture entro 20 gg dal ricevimento PEC	Tempo intercorso tra data mandato e PEC (campione 10% fatture)
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR				
TOTALE	100%			