



**ISPRO**

Istituto per lo studio, la prevenzione  
e la rete oncologica



**SST**  
Servizio  
Sanitario  
della  
Toscana

# *PIANO DELLA PERFORMANCE*

*Contratti di budget per CDR  
Anno 2022*

*30/03/2022*

## BUDGET 2022

### S.S. Area Infermieristica Direzione Sanitaria

OBIETTIVI 2022	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Qualità della documentazione sanitaria	13%		Partecipazione alla corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta $\geq 90\%$	Monitoraggio trimestrale su campione del 5% (ovvero 20 schede mensili) del volume di attività annuali	Schede cliniche ambulatoriali/referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale
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
Prevenzione della corruzione	5%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del 100% dei neoassunti / neo-inseriti		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del personale individuato
Privacy	15%		Nomina incaricati, responsabili esterni e sub-responsabili entro il 31/05/2022		N. nomine effettuate / n. nomine da effettuare attestate dal DPO
Regolamento di Presidio	5%	SC Attività Tecnico Amministrative/ SS Area Infermieristica e SS Area Tecnico Sanitaria	Collaborazione alla revisione del Regolamento di Presidio		Partecipazione a riunioni, sopralluoghi per quanto di competenza, ai fini della revisione del regolamento, come attestato dal Responsabile di Presidio
Sicurezza ed Antincendio	12%		Partecipazione alla gestione antincendio h12 ed alla vigilanza attiva (n. 1 unità addetta al SEPP)		n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal Responsabile Antincendio
Transizione digitale	5%		Partecipazione eventi formativi Sillabus		n. partecipanti / n. personale individuato

## BUDGET 2022

### S.S. Area Infermieristica Direzione Sanitaria

OBIETTIVI 2022	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Qualità ed Accredimento	20%		Revisione/Rivalidazione procedure: applicazione del piano qualità approvato		n. procedure revisionate- rivalidate / n. procedure da revisionare-rivalidare
	10%	SC Screen. Prev. Sec., SC Senologia, SS CeRiOn/SS Area Infermieristica	Collaborazione documento Direzione relativo alla discussione sui dati di monitoraggio degli esiti, sul sistema di reporting and learning, sulla valutazione dell'adesione ai pdta, sulla valutazione degli utenti, contenente anche le ipotesi di miglioramento		Trasmissione documento annuale entro il 30/06/2022
Ottimizzazione utilizzo spazi	10%	SC Senologia Clinica/ SC Attività Tecnico Amministrative, SS Area Infermieristica e SS Area Tecnico Sanitaria	Collaborazione trasferimento SC Senologia Clinica presso Villa delle Rose entro il 31/12/2022		Completamento del trasferimento ambulatori senologia a Villa delle Rose
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>				

## BUDGET 2022

S.S. Area Tecnico Sanitario

Direzione Sanitaria

OBIETTIVI 2022	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Efficienza ed economicità	5%		Contenimento giacenze per dispositivi per approfondimenti (giacenze al 31.12.2022 ≤ giacenze al 31.12.2021)		Valore giacenze finali
Qualità della documentazione sanitaria	5%		Partecipazione alla corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta ≥ 90%	Monitoraggio trimestrale su campione del 5% (ovvero 20 schede mensili) dei volume di attività annuali	Schede cliniche ambulatoriali/referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale
Capacità produttiva	10%	SC Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica/SS Area Tecnico Sanitaria	Collaborazione ad incremento dei volumi di attività laboratorio erogata anno 2022 > anno 2021		Volumi di attività erogata
	10%	SC Screening e Prevenzione Secondaria/SS Area Tecnico Sanitaria	Collaborazione ad incremento dei volumi di attività radiologica erogata anno 2022 > anno 2021 al netto attività in outsourcing		Volumi di attività erogata
Implementazione nuovo gestionale di anatomia patologica	6%	SC Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica/SS Area Tecnico Sanitaria	Passaggio al nuovo gestionale entro il 30 giugno 2022		Data passaggio risultante da verbale di collaudo
Implementazione nuovo gestionale screening	8%	SC Screening e Prevenzione Secondaria/SS Area Tecnico Sanitaria	Passaggio al nuovo gestionale di screening entro il 30 giugno 2022		Data passaggio risultante da verbale di collaudo
Prevenzione della corruzione	5%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del 100% dei neoassunti / neo-inseriti		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del personale individuato

## BUDGET 2022

S.S. Area Tecnico Sanitario

Direzione Sanitaria

OBIETTIVI 2022	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Privacy	8%		Nomina incaricati, responsabili esterni e sub-responsabili entro il 31/05/2022		N. nomine effettuate / n. nomine da effettuare attestate dal DPO
Sicurezza ed Antincendio	10%		Partecipazione alla gestione antincendio h12		n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal Responsabile Antincendio
Regolamento di Presidio	5%	SC Attività Tecnico Amministrative/SS Area Infermieristica e SS Area Tecnico Sanitaria	Collaborazione alla revisione del Regolamento di Presidio		Partecipazione a riunioni, sopralluoghi per quanto di competenza, ai fini della revisione del regolamento, come attestato dal Responsabile di Presidio
Ottimizzazione utilizzo spazi	10%	SC Senologia Clinica/ SC Attività Tecnico Amministrative, SS Area Infermieristica e SS Area Tecnico Sanitaria	Collaborazione trasferimento SC Senologia Clinica presso Villa delle Rose entro il 31/12/2022		Completamento del trasferimento ambulatori senologia a Villa delle Rose
Qualità ed Accreditamento	8%		Revisione/Rivalidazione procedure: applicazione del piano qualità approvato		n. procedure revisionate-rivalidate / n. procedure da revisionare-rivalidare
	5%	SC Screen. Prev. Sec., SC Senologia, SS CeRiOn, SC LRPO/SS Area Tecnico Sanitaria	Collaborazione documento Direzione relativo alla discussione sui dati di monitoraggio degli esiti, sul sistema di reporting and learning, sulla valutazione dell'adesione ai pdta, sulla valutazione degli utenti, contenente anche le ipotesi di miglioramento		Trasmissione documento annuale entro il 30/06/2022
Transizione digitale	5%		Partecipazione eventi formativi Sillabus		n. partecipanti / n. personale individuato
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>				

## BUDGET 2022

S.C. Senologia clinica

Direttore: Dott. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2022	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Ottimizzazione utilizzo spazi	10%	SC Senologia Clinica/ SC Attività Tecnico Amministrative, SS Area Infermieristica e SS Area Tecnico Sanitaria	Collaborazione trasferimento SC Senologia Clinica presso Villa delle Rose entro il 31/12/2022		Completamento del trasferimento ambulatori senologia a Villa delle Rose
Tempi d'attesa e specialistica	8%		Ricetta dematerializzata specialistica > 90%		% Ricette dematerializzata specialistica sul totale ricette
Rischio Clinico	10%		Realizzazione di almeno 3 Audit con attuazione azioni di miglioramento		N. Audit e azioni di miglioramento attuate
	3%		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		Applicazione buone pratiche per la sicurezza del paziente "Capacità di controllo delle cadute dei pazienti"
Efficienza ed economicità	5%		Mantenimento valore consumo dispositivi medici rispetto al 2021		Importo consumi dispositivi medici ≤ importo consumi dispositivi medici anno 2021
	5%		Contenimento giacenze per dispositivi per approfondimenti (giacenze al 31.12.2022 ≤ giacenze al 31.12.2021)		Valore giacenze finali
Qualità della documentazione sanitaria	5%		Partecipazione alla corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta ≥ 90%	Monitoraggio trimestrale su campione del 5% dei volume di attività annuali (oppure 20 schede mensili) di cui almeno la metà casi complessi	Schede cliniche ambulatoriali/referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale
Prevenzione della corruzione	5%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del 100% dei neoassunti / neo-inseriti		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del personale individuato

## BUDGET 2022

S.C. Senologia clinica

Direttore: Dott. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2022	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Qualità ed Accreditamento	8%		Revisione/Rivalidazione procedure: applicazione del piano qualità approvato		n. procedure revisionate-rivalidate / n. procedure da revisionare-rivalidare
	10%		Documento Direzione relativo alla discussione sui dati di monitoraggio degli esiti, sul sistema di reporting and learning, sulla valutazione dell'adesione ai pdta, sulla valutazione degli utenti, contenente anche le ipotesi di miglioramento		Trasmissione documento annuale entro il 30/06/2022
	10%		Adesione PDTA di pertinenza		Definizione e rilevazione indicatore per ciascun PDTA
Transizione digitale	5%		Partecipazione eventi formativi Sillabus		n. partecipanti / n. personale individuato
Privacy	11%		Nomina incaricati, responsabili esterni e sub- responsabili entro il 31/05/2022		N. nomine effettuate / n. nomine da effettuare attestate dal DPO
<b>OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR</b>					
Tirocini e tutoraggio	5%		Accettazione del 100% delle richieste di tirocinio		n. tirocinanti accettati / n. richieste pervenute
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>				

## BUDGET 2022

**S.S. Centro di Riabilitazione Oncologica**

**Responsabile: Dott.ssa Isolina Bracciali**

<b>OBIETTIVI 2022</b>	<b>Peso %</b>	<b>Resp/Coin</b>	<b>Obiettivo specifico</b>	<b>Azioni</b>	<b>Indicatore</b>
Rischio Clinico	8%		Realizzazione di almeno 2 Audit con attuazione azioni di miglioramento		N. Audit e azioni di miglioramento attuate
	3%		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	7%		Ricetta dematerializzata specialistica > 90% (con esclusione ricette per Riabilitazione individuale e di gruppo)		% Ricette dematerializzata specialistica sul totale ricette
Qualità della documentazione sanitaria	12%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta ≥ 90%	Monitoraggio trimestrale su campione del 5% delle schede sanitarie dei trattamenti conclusi	Schede cliniche ambulatoriali/referti compilati nel rispetto di quanto definito
Privacy	10%		Nomina incaricati, responsabili esterni e sub-responsabili entro il 31/05/2022		N. nomine effettuate / n. nomine da effettuare attestata dal DPO
Completa rilevazione prestazioni riabilitazione	10%		Completa compilazione campi Flussi SPR in base alle indicazioni della RT (>90%)		% compilazione campi flussi

## BUDGET 2022

S.S. Centro di Riabilitazione Oncologica

Responsabile: Dott.ssa Isolina Bracciali

OBIETTIVI 2022	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Riabilitazione oncologica	10%		Effettuazione trattamenti di riabilitazione individuale o di gruppo $\geq$ trattamenti erogati anno 2020		n. prestazioni riabilitazione erogate
Qualità ed Accredimento	15%		Revisione/Rivalidazione procedure: applicazione del piano qualità approvato		n. procedure revisionate-rivalidate / n. procedure da revisionare-rivalidare
	10%		Documento Direzione relativo alla discussione sui dati di monitoraggio degli esiti, sul sistema di reporting and learning, sulla valutazione dell'adesione ai pdta, sulla valutazione degli utenti, contenente anche le ipotesi di miglioramento		Trasmissione documento annuale entro il 30/06/2022
	10%		Adesione PDTA di pertinenza		Definizione e rilevazione indicatore per ciascun PDTA
Transizione digitale	5%		Partecipazione eventi formativi Sillabus		n. partecipanti / n. personale individuato
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>				

## BUDGET 2022

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

**Direttore: Dott. Rosario Notaro**

OBIETTIVI 2022	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
Capacità di ricerca	16%		Capacità di attrarre finanziamenti esterni attraverso partecipazione ai bandi di ricerca usciti nell'anno: presentazione di almeno 3 progetti	N° di progetti presentati come capofila o come partner con il coinvolgimento dell'ufficio Attività amm.ve supporto area ricerca
	21%		IF di struttura $\geq$ 90% all'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni	IF Anno 2022/IF medio Anni 2019-20-21
	5%		Relazioni con Centri di Ricerca Regionali e Nazionali (almeno 7)	N. rapporti certificati dal centro esterno
Prevenzione della corruzione	10%	Fixer Aziendale/SC Screen. Prev. Sec., SC CRL, SC LRPO, SC Epid. Fatt. di Rischio e Stili Vita e SC Epid. Clin. e Supp. Gov. Clin.	Redazione del regolamento sulla gestione delle sperimentazioni cliniche entro il 31/12/2022	Redazione e trasmissione del regolamento al Resp. Qualità ed Accreditemento
	3%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del 100% dei neoassunti / neo-inseriti	% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del personale individuato
Efficienza ed economicità	7%		Riduzione importo dei servizi acquisiti di almeno 8% rispetto all'anno 2021	Costo servizi anno 2022
	10%		Mantenimento valore consumo dispositivi medici e prodotti chimici rispetto al 2021 (escluso i consumi di dispositivi medici e prodotti chimici per i progetti finalizzati)	Importo consumi dispositivi medici e prodotti chimici

## BUDGET 2022

S.C. Core Research Laboratory (CRL)

Direttore: Dott. Rosario Notaro

<b>OBIETTIVI 2022</b>	<b>Peso %</b>	<b>Resp/Coin</b>	<b>Obiettivo specifico</b>	<b>Indicatore</b>
Qualità ed Accreditamento	15%		Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure: applicazione del piano qualità approvato	n. procedure revisionate-rivalidate-redatte / n. procedure da revisionare-rivalidare- redigere
Transizione digitale	5%		Partecipazione eventi formativi Sillabus	n. partecipanti / n. personale individuato
Privacy	8%		Nomina incaricati, responsabili esterni e sub- responsabili entro il 31/05/2022	N. nomine effettuate / n. nomine da effettuare attestare dal DPO
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>			

## BUDGET 2022

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

**Direttore: Dott. Domenico Palli**

OBIETTIVI 2022	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
Capacità di ricerca	10%		IF di struttura $\geq$ IF medio di struttura degli ultimi 3 anni	IF Anno 2022/IF medio Anni 2019-20-21
	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 capofila o come partner con il coinvolgimento dell'ufficio Attività amm.ve supporto area ricerca
Implementazione di un modello regionale integrato per i soggetti con storia familiare di tumore della mammella (percorsi clinico diagnostici e di riduzione del rischio)	13%		Progetto esecutivo a livello di Istituto	Avvio progetto esecutivo pilota (ambulatorio primo livello)
Registro Mortalità della Regione Toscana	17%		Completamento inserimento Anno 2019 (100%)	N° inserimenti effettuati / N° casi da inserire dell'anno 2019
Prevenzione della corruzione	10%	Fixer Aziendale/SC Screen. Prev. Sec., SC CRL, SC LRPO, SC Epid. Fatt. di Rischio e Stili Vita e SC Epid. Clin. e Supp. Gov. Clin.	Redazione del regolamento sulla gestione delle sperimentazioni cliniche entro il 31/12/2022	Redazione e trasmissione del regolamento al Resp. Qualità ed Accredimento
	5%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del 100% dei neoassunti / neo-inseriti	% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del personale individuato
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	5%		Effettuazione di almeno 2 riunioni complessive di struttura per analisi delle attività/monitoraggio budget con partecipazione delle PO dei coordinamenti	N° di riunioni di struttura con elenco sottoscritto dei partecipanti

## BUDGET 2022

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

Direttore: Dott. Domenico Palli

<b>OBIETTIVI 2022</b>	<b>Peso %</b>	<b>Resp/Coin</b>	<b>Obiettivo specifico</b>	<b>Indicatore</b>
Privacy	12%		Nomina incaricati, responsabili esterni e sub-responsabili entro il 31/05/2022	N. nomine effettuate / n. nomine da effettuare attestata dal DPO
Qualità ed Accredimento	8%		Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure: applicazione del piano qualità approvato	n. procedure revisionate-rivalidate-redatte / n. procedure da revisionare-rivalidare-redigere
Transizione digitale	5%		Partecipazione eventi formativi Sillabus	n. partecipanti / n. personale individuato
Sicurezza ed Antincendio	5%		Partecipazione alla gestione antincendio h12	n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal Responsabile Antincendio
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>			

## BUDGET 2022

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

**Direttore: Dott.ssa Masala Giovanna**

OBIETTIVI 2022	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
Registro Tumori della Regione Toscana	10%		Completamento inserimento Anno 2017 e 2018 (100%)	N° inserimenti effettuati/N° casi da inserire dell'anno 2017 e 2018
	10%		Conseguimento piena operatività del nuovo gestionale per il Registro Tumori entro il 31/12/2022	Redazione e trasmissione verbale sottoscritto
Prevenzione	5%	SC Screening prevenzione secondaria/SC Epidemiologia clinica	Monitoraggio e coordinamento relativi agli screening oncologici	Invio relazione in Regione Toscana entro il 31/05/2022
Capacità di ricerca	10%		IF di struttura $\geq$ IF medio di struttura degli ultimi 3 anni	IF Anno 2022/IF medio Anni 2019-20-21
	10%		Capacità di attrarre finanziamenti esterni anche attraverso partecipazione ai bandi di ricerca usciti nell'anno: presentazione di almeno 4 progetti	N° di progetti presentati come capofila o come partner con il coinvolgimento dell'ufficio Attività amm.ve supporto area ricerca
	10%	SC Epidemiologia Clinica /SS Area Statistico Epidemiologica	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 entro il 30/04/2022

## BUDGET 2022

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

**Direttore: Dott.ssa Masala Giovanna**

<b>OBIETTIVI 2022</b>	<b>Peso %</b>	<b>Resp/Coin</b>	<b>Obiettivo specifico</b>	<b>Indicatore</b>
Prevenzione della corruzione	8%	Fixer Aziendale/SC Screen. Prev. Sec., SC CRL, SC LRPO, SC Epid. Fatt. di Rischio e Stili Vita e SC Epid. Clin. e Supp. Gov. Clin.	Redazione del regolamento sulla gestione delle sperimentazioni cliniche entro il 31/12/2022	Redazione e trasmissione del regolamento al Resp. Qualità ed Accredimento
	5%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del 100% dei neoassunti / neo-inseriti	% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del personale individuato
Privacy	10%		Nomina incaricati, responsabili esterni e sub-responsabili entro il 31/05/2022	N. nomine effettuate / n. nomine da effettuare attestate dal DPO
Qualità ed Accredimento	7%		Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure: applicazione del piano qualità approvato	n. procedure revisionate-rivalidate-redatte / n. procedure da revisionare-rivalidare-redigere
Transizione digitale	5%		Partecipazione eventi formativi Sillabus	n. partecipanti / n. personale individuato
Sicurezza ed Antincendio	5%		Partecipazione alla gestione antincendio h12	n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal Responsabile Antincendio
<b>OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR</b>				
Valutazione performance screening mammografico	5%		Valutazione indicatori di performance screening mammografico in Italia	Trasmissione report a Direzione entro il 31/12/2022
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>			

# BUDGET 2022

## S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Direttore: Dott.ssa Paola Mantellini

OBIETTIVI 2022	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Prevenzione	3%	SC Screening prevenzione secondaria/SC Epidemiologia clinica	Monitoraggio e coordinamento relativi agli screening oncologici		Invio relazione in Regione Toscana entro il 31/05/2022
Percorso Oncologico	5%		Estensione ed Adesione Screening Mammografico (100% , >70%)		% estensione ed adesione
	5%		Estensione ed Adesione Screening Cervicale (100% , >60%)		% estensione ed adesione
	5%		Estensione ed Adesione Screening Colon-retto (100% , >50%)		% estensione ed adesione
Tempi d'attesa e specialistica	3%		Ricetta dematerializzata specialistica > 90%		% Ricette dematerializzata specialistica sul totale ricette
Efficienza ed economicità	5%		Mantenimento valore consumo dispositivi medici rispetto al 2021		Importo consumi dispositivi medici ≤ importo consumi dispositivi medici anno 2021
Rischio Clinico	3%		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		Applicazione buone pratiche per la sicurezza del paziente "Capacità di controllo delle cadute dei pazienti"
Qualità della documentazione sanitaria	3%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta ≥ 90%	Monitoraggio trimestrale su campione del 5% (ovvero 20 schede mensili) dei volume di attività annuali per ciascun processo oggetto di accreditamento istituzionale	Schede cliniche ambulatoriali/referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale
Implementazione nuovo gestionale screening	5%	SC Screening e Prevenzione Secondaria/SS Area Tecnico Sanitaria	Passaggio al nuovo gestionale di screening entro il 30 giugno 2022		Data passaggio risultante da verbale di collaudo
Capacità di ricerca: Impact Factor	5%		IF di struttura ≥ all'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni		IF Anno 2022/IF medio Anni 2019-20-21

# BUDGET 2022

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

**Direttore: Dott.ssa Paola Mantellini**

<b>OBIETTIVI 2022</b>	<b>Peso %</b>	<b>Resp/Coin</b>	<b>Obiettivo specifico</b>	<b>Azioni</b>	<b>Indicatore</b>
Prevenzione della corruzione	6%	Fixer Aziendale/SC Screen. Prev. Sec., SC CRL, SC LRPO, SC Epid. Fatt. di Rischio e Stili Vita e SC Epid. Clin. e Supp. Gov. Clin.	Redazione del regolamento sulla gestione delle sperimentazioni cliniche entro il 31/12/2022		Redazione e trasmissione del regolamento al Resp. Qualità ed Accreditemento
	3%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del 100% dei neoassunti / neo-inseriti		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del personale individuato
Privacy	7%		Nomina incaricati, responsabili esterni e sub-responsabili entro il 31/05/2022		N. nomine effettuate / n. nomine da effettuare attestata dal DPO
Sicurezza ed Antincendio	8%		Partecipazione alla gestione antincendio h12		n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal Responsabile Antincendio
Qualità ed Accreditemento	6%		Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure: applicazione del piano qualità approvato		n. procedure revisionate-rivalidate-redatte / n. procedure da revisionare-rivalidare-redigere
	10%		Documento Direzione relativo alla discussione sui dati di monitoraggio degli esiti, sul sistema di reporting and learning, sulla valutazione dell'adesione ai pdta, sulla valutazione degli utenti, contenente anche le ipotesi di miglioramento		Trasmissione documento annuale entro il 30/09/2022
	10%		Adesione PDTA di pertinenza		Definizione e rilevazione indicatore per ciascun PDTA
Transizione digitale	3%		Partecipazione eventi formativi Sillabus		n. partecipanti / n. personale individuato
<b>OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR</b>					
Privacy e screening oncologici	5%		Redazione manuale ONS su GDPR e screening oncologici		Trasmissione documento alla Direzione entro il 31/12/2022
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>				

# BUDGET 2022

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

**Direttore: Dott.ssa Cristina Sani**

OBIETTIVI 2022	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Rischio Clinico	5%		Realizzazione di almeno 3 Audit		N. Audit
Qualità della documentazione sanitaria	5%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta $\geq 90\%$	Monitoraggio trimestrale su campione del 5% (ovvero 20 schede mensili) del volume di attività annuali per ciascun processo oggetto di accreditamento istituzionale	Schede cliniche ambulatoriali/referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale
Implementazione nuovo gestionale di anatomia patologica	15%	SC Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica/SS Area Tecnico Sanitaria	Passaggio al nuovo gestionale entro il 30 giugno 2022		Data passaggio risultante da verbale di collaudo
Efficienza ed economicità	5%		Mantenimento valore consumo dispositivi medici rispetto al 2021		Importo consumi dispositivi medici $\leq$ importo consumi dispositivi medici anno 2021
Prevenzione della corruzione	7%	Fixer Aziendale/SC Screen. Prev. Sec., SC CRL, SC LRPO, SC Epid. Fatt. di Rischio e Stili Vita e SC Epid. Clin. e Supp. Gov. Clin.	Redazione del regolamento sulla gestione delle sperimentazioni cliniche entro il 31/12/2022		Redazione e trasmissione del regolamento al Resp. Qualità ed Accreditamento
	5%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del 100% dei neoassunti / neo-inseriti		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del personale individuato
Privacy	12%		Nomina incaricati, responsabili esterni e sub-responsabili entro il 31/05/2022		N. nomine effettuate / n. nomine da effettuare attestate dal DPO
Sicurezza ed Antincendio	12%		Partecipazione alla gestione antincendio h12		n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal Responsabile Antincendio

# BUDGET 2022

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

Direttore: Dott.ssa Cristina Sani

OBIETTIVI 2022	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Qualità ed Accreditamento	4%		Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure: applicazione del piano qualità approvato		n. procedure revisionate-rivalidate-redatte / n. procedure da revisionare-rivalidare-redigere
	10%		Documento Direzione relativo alla discussione sui dati di monitoraggio degli esiti, sul sistema di reporting and learning, sulla valutazione dell'adesione ai pdta, sulla valutazione degli utenti, contenente anche le ipotesi di miglioramento		Trasmissione documento annuale entro il 30/06/2022
	10%		Adesione PDTA di pertinenza		Definizione e rilevazione indicatore per ciascun PDTA
Transizione digitale	5%		Partecipazione eventi formativi Sillabus		n. partecipanti / n. personale individuato
<b>OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR</b>					
Accreditamento ISO 15189	5%		Sottoporsi visita pre-certificazione		Trasmissione verbale di audit entro il 31/12/2022
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>				

# BUDGET 2022

## S.C. Attività tecnico amministrative

OBIETTIVI 2022	Peso	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
Efficienza ed economicità	10%		Gestione dell'esecuzione dei lavori per trasferimento Senologia in qualità di R.U.P.	Relazione stato avanzamento dei lavori da parte del R.U.P.
Prevenzione della corruzione	3%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del 100% dei neoassunti / neo-inseriti	% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del personale individuato
	3%		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	N. flussi inviati/N. 4 flussi annuali previsti
	5%		Applicazione indicazioni su Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors) come previsto dal PTPC	N. dichiarazioni rilasciate / N. contratti stipulati nell'anno (acquisizione beni e servizi e incarichi LP)
Progetto PAC regionale	5%		Superamento degli audit di conformità previsti nel piano (n. 3) con assenza di prescrizioni	n. audit superati senza prescrizioni
Privacy	10%		Nomina incaricati, responsabili esterni e sub-responsabili entro il 30/06/2022	N. nomine effettuate / n. nomine da effettuare attestate dal DPO
Tempestività pagamenti	5%		Rispetto dei tempi di pagamento per fornitori privati	Indicatore tempestività pagamenti ex Dpcm 22/09/2014
Regolamento di Presidio	3%	SC Attività Tecnico Amministrative/Coord. Area Infermieristica e Coord Area Tecnico Sanitaria	Collaborazione alla revisione del Regolamento di Presidio	Partecipazione a riunioni, sopralluoghi per quanto di competenza, ai fini della revisione del regolamento, come attestato dal Responsabile di Presidio
Sicurezza ed Antincendio	10%		Partecipazione alla gestione antincendio h12 e alla vigilanza attiva	n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal Responsabile Antincendio

# BUDGET 2022

## S.C. Attività tecnico amministrative

OBIETTIVI 2022	Peso	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
Qualità ed Accreditamento	3%		Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure: applicazione del piano qualità approvato	n. procedure revisionate-rivalidate-redatte / n. procedure da revisionare-rivalidare-redigere
	3%		Aggiornamento deliberazione 210/2021 in coerenza con quanto richiesto dai requisiti aziendali sul modello organizzativo della rete qualità e sicurezza	Pubblicazione aggiornamento deliberazione entro 30/06/2022
	5%		Stesura job description per le figure della rete qualità e sicurezza con quota oraria dedicata	Invio job description alla Direzione entro il 31/12/2022
	5%		Mappatura sistemi informatici che supportano la produzione sanitaria	Invio Mappatura a Direzione entro 30/06/2022
	5%		Predisposizione di un piano per il disaster recovery	Predisposizione piano entro il 30/06/2022
	5%		Predisposizione tabella con elenco RES e DEC per ogni contratto in corso da pubblicare su intranet	Predisposizione tabella entro il 30/06/2022
	5%		Raccolta valutazione effettuata dai DEC dei fornitori inseriti nel piano qualità	Raccolta valutazioni entro il 31/12/2022
	5%		Predisposizione indicatori di valutazione sull'applicazione della procedura AP005	Produzione indicatori relativi al 2021 entro il 30/06/2022
	5%		Predisposizione tabella con elenco apparecchiature elettromedicali ed indicazione dello stato di manutenzione	Predisposizione tabella entro il 31/12/2022
Transizione digitale	5%		Partecipazione eventi formativi Sillabus	n. partecipanti / n. personale individuato
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>			

# BUDGET 2022

## S.S. Programmazione e Gestione Risorse Economiche

Responsabile: Dott.ssa Cristina Gheri

OBIETTIVI 2022	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
Progetto PAC regionale	10%		Superamento degli audit di conformità previsti nel piano (n. 1) con assenza di prescrizioni	n. audit superati senza prescrizioni
Prevenzione della corruzione	5%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del 100% dei neoassunti / neo-inseriti	% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del personale individuato
Privacy	10%		Nomina incaricati, responsabili esterni e sub-responsabili entro il 30/06/2022	N. nomine effettuate / n. nomine da effettuare attestate dal DPO
Tempestività pagamenti	15%		Rispetto dei tempi di pagamento delle fatture entro 20 gg dal ricevimento PEC	Tempo intercorso tra data mandato e PEC (campione di almeno 10% fatture)
	10%		Rispetto dei tempi di pagamento per fornitori privati	Indicatore tempestività pagamenti ex Dpcm 22/09/2014
Sicurezza ed Antincendio	10%		Partecipazione alla gestione antincendio h12	n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal Responsabile Antincendio
Qualità ed Accreditamento	10%		Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure: applicazione del piano qualità approvato	n. procedure revisionate-rivalidate-redatte / n. procedure da revisionare-rivalidare-redigere
	10%		Predisposizione tabella con elenco referenti di Istituto per ogni convenzione in corso da pubblicare su intranet	Predisposizione tabella entro il 30/06/2022
Transizione digitale	5%		Partecipazione eventi formativi Sillabus	n. partecipanti / n. personale individuato
Bilancio Sociale	15%		Collaborazione alla predisposizione del Bilancio Sociale degli screening	Predisposizione report costi screening mammografico anni 2019 e 2020
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>			