

PLANO DELLA PERFORMANCE

*Contratti di Budget per CDR
Anno 2023*

BUDGET 2023

S.S. Area Infermieristica Direzione Sanitaria

OBIETTIVI 2023	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
Integrazione dei servizi	15%	SC Screening e Prevenzione Secondaria-SC Senologia/SS Area Tecnico Sanitaria/SS Area Inf	Piena operatività per l'attivazione della CESM entro Ottobre 2023	Avvio della metodica
Screening	5%	SC Screening e prev sec/SS Area Inf	Adesione colonscopia dei positivi al primo livello (> 70%)	% adesione al secondo livello dello screening dei positivi al primo livello
	5%	SC Screening e prev sec/SS Area Inf/SS Area Tec San	Adesione approfondimenti dei positivi al primo livello (> 70%)	% adesione al secondo livello dello screening dei positivi al primo livello
	5%	SC Screening e prev sec/SS Area Inf/SS Area Tec San/SC LRPO	Estensione ed Adesione Screening Cervicale (100% , >50% NSG)	% estensione ed adesione (Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato)
	5%	SC Screening e prev sec/SS Area Inf/SS Area Tec San	Rispetto degli standard raccomandati per i richiami degli screening	% richiami in cui la differenza fra le 2 date è entro gli standard definiti per ciascun screening
Prevenzione	5%		Attivazione del nuovo percorso vaccinale per l'HPV	Attivazione entro l'anno
	10%		Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure (almeno n. 4 procedure da aggiornare/rivalidare)	n. procedure revisionate-rivalidate / n. procedure da revisionare-rivalidare

BUDGET 2023

S.S. Area Infermieristica Direzione Sanitaria
--

OBIETTIVI 2023	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
Qualità ed Accreditamento	10%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta \geq 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
Soddisfazione dell'utente	20%		Aumento dell'empowerment e dell'umanizzazione nei confronti dell'utenza	Assenza di rilievi giustificati specifici all'URP nel II semestre
Sicurezza ed Antincendio	10%		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 SEPP
Formazione del personale	10%		Partecipazione agli eventi previsti nel PAF di almeno il 85% dei dipendenti	N° di dipendenti che hanno partecipato agli eventi/N° di dipendenti assegnati alla struttura
TOTALE	100%			

BUDGET 2023

S.S. Area Tecnico Sanitario

Direzione Sanitaria

OBIETTIVI 2023	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
Integrazione dei servizi	10%	SC Screening e Prevenzione Secondaria-SC Senologia/SS Area Tecnico Sanitaria/SS Area Inf	Piena operatività per l'attivazione della CESM entro Ottobre 2023	Avvio della metodica
Screening	3%	SC Screening e prev sec/SS Area Inf/SS Area Tec San/SC LRPO	Estensione ed Adesione Screening Colon-retto (100%, >50% NSG)	% estensione ed adesione (Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato)
	10%	SC Screening e prev sec/SS Area Inf/SS Area Tec San	Estensione ed Adesione Screening Mammografico (100%, >60% NSG)	% estensione ed adesione (Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato)
	5%	SC Screening e prev sec/SS Area Inf/SS Area Tec San/SC LRPO	Estensione ed Adesione Screening Cervicale (100%, >50% NSG)	% estensione ed adesione (Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato)
	5%	SC Screening e prev sec/SS Area Inf/SS Area Tec San	Rispetto degli standard raccomandati per i richiami degli screening	% richiami in cui la differenza fra le 2 date è entro gli standard definiti per ciascun screening
Ottimizzazione ed efficientamento dei servizi	10%	SC Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica/SS Area Tecnico Sanitaria	Piena operatività per l'effettuazione dei volumi di attività laboratorio extra screening (Incremento di almeno il 9% rispetto al 2022)	Volumi di attività Anno 2023/Volumi di attività Anno 2022
	7%	SC Senologia/SS Area Tecnico Sanitaria	Piena operatività per l'effettuazione dei volumi di attività radiologica di senologia clinica (> = all'anno 2022)	Volumi di attività Anno 2023/Volumi di attività Anno 2022
	10%		Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure (almeno n. 5 procedure da aggiornare/rivalidare)	n. procedure revisionate-rivalidate / n. procedure da revisionare-rivalidare

BUDGET 2023

S.S. Area Tecnico Sanitario

Direzione Sanitaria

OBIETTIVI 2023	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
Qualità ed Accredimento	10%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta \geq 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
Soddisfazione dell'utente	10%		Aumento dell'empowerment e dell'umanizzazione nei confronti dell'utenza	Assenza di rilievi giustificati specifici all'URP nel II semestre
Sicurezza ed Antincendio	10%		Partecipazione alla gestione antincendio h12	n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal SEPP
Formazione del personale	10%		Partecipazione agli eventi previsti nel PAF di almeno il 90% dei dipendenti	N° di dipendenti che hanno partecipato agli eventi/N° di dipendenti assegnati alla struttura
TOTALE	100%			

BUDGET 2023

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Direttore: Dott.ssa Paola Mantellini

OBIETTIVI 2023	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
Integrazione dei servizi	5%	SC Screening e Prevenzione Secondaria-SC Senologia/SS Area Tecnico Sanitaria/SS Area Inf	Piena operatività per l'attivazione della CESM entro ottobre 2023	Avvio della metodica
Screening	15%	SC Screening e prev sec/SS Area Inf/SS Area Tec San/SC LRPO	Estensione ed Adesione Screening Colon-retto (100% , >50% NSG)	% estensione ed adesione (Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato)
	15%	SC Screening e prev sec/SS Area Inf/SS Area Tec San	Estensione ed Adesione Screening Mammografico (100% , >60% NSG)	% estensione ed adesione (Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato)
	15%	SC Screening e prev sec/SS Area Inf/SS Area Tec San/SC LRPO	Estensione ed Adesione Screening Cervicale (100% , >50% NSG)	% estensione ed adesione (Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato)
	8%	SC Screening e Prevenzione Secondaria/SS Area Tecnico Sanitaria/SS Area Infermieristica	Passaggio al nuovo gestionale di screening per la cervice entro il 30/11/2023	Data passaggio risultante da verbale di collaudo
	8%	SC Screening e prev sec/SS Area Inf/SS Area Tec San	Rispetto degli standard raccomandati per i richiami degli screening	% richiami in cui la differenza fra le 2 date è entro gli standard definiti per ciascun screening
	5%	SC Senologia Clinica/SC Screening e Prevenzione Secondaria	Partecipazione alla definizione di I.O./P.O. su richiamo mammografico	Produzione I.O./P.O.
Tempi d'attesa e specialistica	5%		Prestazioni, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B, garantite entro i tempi $\geq 90\%$ Prestazioni, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D, garantite entro i tempi $\geq 90\%$	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D
Rischio Clinico	3%	SC Screening e Prev. Sec./SC Senologia/SS Igiene	Omogeneizzazione del consenso informato	Predisposizione procedura

BUDGET 2023

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Direttore: Dott.ssa Paola Mantellini

OBIETTIVI 2023	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
Capacità di ricerca	5%		IF di struttura \geq all'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni	IF Anno 2023/IF medio Anni 2020-21-22
Qualità ed Accreditamento	3%		Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure (almeno n. 4 procedure da aggiornare/rivalidare)	n. procedure revisionate-rivalidate-redatte / n. procedure da revisionare-rivalidare-redigere
	2%		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
Soddisfazione dell'utente	5%		Aumento dell'empowerment e dell'umanizzazione nei confronti dell'utenza	Assenza di rilievi giustificati specifici all'URP nel II semestre
Sicurezza ed Antincendio	3%		Partecipazione alla gestione antincendio h12	n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal Responsabile Antincendio
Formazione del personale	3%		Partecipazione agli eventi previsti nel PAF di almeno il 90% dei dipendenti	N° di dipendenti che hanno partecipato agli eventi/N° di dipendenti assegnati alla struttura
TOTALE	100%			

BUDGET 2023

S.C. Senologia clinica

Direttore: Dott. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2023	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
Integrazione dei servizi	15%	SC Screening e Prevenzione Secondaria-SC Senologia/SS Area Tecnico Sanitaria/SS Area Inf	Piena operatività dei servizi trasferiti presso la sede di VdR e attivazione della CESM entro Settembre 2023	Operatività ambulatori VdR e avvio della metodica
Screening	5%	SC Senologia Clinica-SC Screening e Prevenzione Secondaria	Partecipazione alla definizione di I.O./P.O. su richiamo mammografico	Produzione I.O./P.O.
Prevenzione	10%	SC Epid fattori rischio/SC Senologia Clinica	Sviluppo di sinergie con AVC per la presa in carico del paziente a rischio genetico	Definizione di intese/accordi
Ottimizzazione ed efficientamento dei servizi	9%	SC Senologia/SS Area Tecnico Sanitaria	Mantenimento dei volumi di attività radiologica di senologia clinica (\geq al medesimo periodo dell'anno precedente)	Volumi di attività alla data del 31.10 Anno 2023/Volumi di attività alla data del 31.10 Anno 2022
Tempi d'attesa e specialistica	5%		Prestazioni, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B, garantite entro i tempi $\geq 90\%$ Prestazioni, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D, garantite entro i tempi $\geq 90\%$	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D
	5%		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%	SC Screening e Prev. Sec./SC Senologia/SS Igiene	Omogeneizzazione del consenso informato	Predisposizione procedura
Capacità di ricerca	10%		Presentazione di almeno 1 progetto sperimentale	Progetto trasmesso alla Direzione

BUDGET 2023

S.C. Senologia clinica

Direttore: Dott. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2023	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
Qualità ed Accredimento	8%		Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure (n. 3 di procedure da revisionere/aggiornare/rivalidare)	n. procedure revisionate-rivalidate-redatte / n. procedure da revisionare-rivalidare-redigere
	5%		Partecipazione alla corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta $\geq 90\%$ 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
Soddisfazione dell'utente	5%		Aumento dell'empowerment e dell'umanizzazione nei confronti dell'utenza	Assenza di rilievi giustificati specifici all'URP nel II semestre
Sicurezza ed Antincendio	5%		Partecipazione alla gestione antincendio h12	n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal Responsabile Antincendio
Formazione del personale	5%		Partecipazione agli eventi previsti nel PAF di almeno il 75% dei dipendenti	N° di dipendenti che hanno partecipato agli eventi/N° di dipendenti assegnati alla struttura
TOTALE	100%			

BUDGET 2023

S.S. Centro di Riabilitazione Oncologica

Responsabile: Dott.ssa Isolina Bracciali

OBIETTIVI 2023	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
Ottimizzazione ed efficientamento dei servizi	15%		Definizione di un piano di riorganizzazione delle attività	Presentazione alla Direzione di un elaborato
Rischio Clinico	5%		Realizzazione di almeno 1 Audit con attuazione azioni di miglioramento	N. Audit e azioni di miglioramento attuate
	7%		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%	SS Cerion/SS Igiene, org. e gov. ser. San.	Attivazione del nuovo Flusso SIAR secondo il cronoprogramma regionale	Flussi correttamente inviati
	8%		Completa compilazione campi Flussi SPR in base alle indicazioni della RT (>90%)	% compilazione campi flussi
	5%		Ricetta dematerializzata specialistica > 90% (con esclusione ricette per Riabilitazione individuale e di gruppo)	% Ricette dematerializzata specialistica sul totale ricette
Qualità ed Accredimento	5%		Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure (almeno n. 1 procedura da aggiornare/rivalidare)	n. procedure revisionate-rivalidate-redatte / n. procedure da revisionare-rivalidare-redigere
	8%		Stesura del documento annuale del riesame della direzione della SC	Trasmissione documento annuale alla Direzione Aziendale
	8%		Adesione PDTA di pertinenza	Definizione e rilevazione indicatore per ciascun PDTA
	8%		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

BUDGET 2023

S.S. Centro di Riabilitazione Oncologica

Responsabile: Dott.ssa Isolina Bracciali

OBIETTIVI 2023	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
Soddisfazione dell'utente	15%		Aumento dell'empowerment e dell'umanizzazione nei confronti dell'utenza	Assenza di rilievi giustificati specifici all'URP nel II semestre
Sicurezza ed Antincendio	3%		Partecipazione alla gestione antincendio h12	n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal Responsabile Antincendio
Formazione del personale	3%		Partecipazione agli eventi previsti nel PAF di almeno il 90% dei dipendenti	N° di dipendenti che hanno partecipato agli eventi/N° di dipendenti assegnati alla struttura
TOTALE	100%			

BUDGET 2023

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

Direttore: Dott.ssa Cristina Sani

OBIETTIVI 2023	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
Ottimizzazione ed efficientamento dei servizi	14%		Effettuazione di prestazioni di laboratorio extra screening (Incremento di almeno il 9% rispetto al 2022)	Volumi di attività Anno 2023/Volumi di attività Anno 2022
Screening	7%	SC Screening e prev sec/SS Area Inf/SS Area Tec San/SC LRPO	Estensione ed Adesione Screening Colon-retto (100%, >50% NSG)	% estensione ed adesione (Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato)
	7%	SC Screening e prev sec/SS Area Inf/SS Area Tec San/SC LRPO	Estensione ed Adesione Screening Cervicale (100%, >50% NSG)	% estensione ed adesione (Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato)
Rischio Clinico	6%		Realizzazione di almeno 3 Audit	N. Audit
Efficienza ed economicità	10%		Contenimento dell'incremento del valore consumi dispositivi medici rispetto al 2022 entro il 3%	Importo consumi dispositivi medici Anno 2023/Importo consumi dispositivi medici Anno 2022
Capacità di ricerca	8%		IF di struttura \geq IF medio di struttura degli ultimi 3 anni	IF Anno 2023/IF medio Anni 2020-21-22
	8%		Presentazione di almeno 1 progetto innovativo	Presentazione alla Direzione della proposta progettuale
	10%		Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure (almeno n. 4 procedure da aggiornare/rivalidare)	n. procedure revisionate-rivalidate-redatte / n. procedure da revisionare-rivalidare-redigere

BUDGET 2023

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

Direttore: Dott.ssa Cristina Sani

OBIETTIVI 2023	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
Qualità ed Accreditamento	15%		Riesame della direzione propedeutico alla visita pre-certificazione accreditamento ISO 15189	Trasmissione riesame della direzione
	5%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta $\geq 90\%$ 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
Sicurezza ed Antincendio	5%		Partecipazione alla gestione antincendio h12	n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal Responsabile Antincendio
Formazione del personale	5%		Partecipazione agli eventi previsti nel PAF di almeno il 90% dei dipendenti	N° di dipendenti che hanno partecipato agli eventi/N° di dipendenti assegnati alla struttura
TOTALE	100%			

BUDGET 2023

S.C. Core Research Laboratory (CRL)

Direttore: Dott. Rosario Notaro

OBIETTIVI 2023	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
Capacità di ricerca	25%		IF di struttura \geq IF medio di struttura di 3 anni	IF Anno 2023/IF medio Anni 2019-20-21
	20%		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
	15%		Sviluppo di relazioni con Centri di Ricerca Regionali e Nazionali (almeno 8)	N. rapporti certificati dal centro esterno
	10%		Sviluppo di relazioni con Reti Internazionali (almeno 4)	N. rapporti certificati dal centro esterno
Efficienza ed economicità	10%		Mantenimento valore consumo dispositivi medici e prodotti chimici rispetto al 2022 (escluso i consumi di dispositivi medici e prodotti chimici per i progetti finalizzati)	Importo consumi dispositivi medici e prodotti chimici Anno 2023/ Importo consumi dispositivi medici e prodotti chimici Anno 2022
Qualità ed Accredimento	10%		Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure (almeno n. 1 procedura da aggiornare/rivalidare)	n. procedure revisionate-rivalidate-redatte / n. procedure da revisionare-rivalidare-redigere
Sicurezza ed Antincendio	5%		Partecipazione alla gestione antincendio h12	n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal Responsabile Antincendio
Formazione del personale	5%		Partecipazione agli eventi previsti nel PAF di almeno il 90% dei dipendenti	N° di dipendenti che hanno partecipato agli eventi/N° di dipendenti assegnati alla struttura
TOTALE	100%			

BUDGET 2023

S.C. Core Research Laboratory (CRL)

Direttore: Dott. Rosario Notaro

OBIETTIVI 2023	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
----------------	--------	-----------	---------------------	------------

BUDGET 2023

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

Responsabile: Dott. Tommaso Tanini

OBIETTIVI 2023	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
Ottimizzazione ed efficientamento dei servizi	5%	SC Screening e Prevenzione Secondaria-SC Senologia/SS Area Tecnico Sanitaria/SS Area Inf	Piena operatività per l'attivazione della CESM entro Ottobre 2023	Avvio della metodica
	15%		Contribuire alla gestione e distribuzione degli spazi all'interno dell'Istituto, assicurandone l'utilizzazione ottimale per lo svolgimento delle attività	Predisposizione di procedura per l'attivazione della gestione operativa
Tempi d'attesa e specialistica	10%		Monitoraggio e verifica dell'attività sanitaria libero professionale intra-moenia	Rispetto dei parametri normativi
	15%	SC Screening e Prev. Sec./SC Senologia/SS Cerion	Monitoraggio e presidio delle liste di attesa e del percorso ambulatoriale per la pianificazione e programmazione delle attività	Predisposizione report settimanale alla Direzione con partecipazione alle attività di valenza regionale
Informazione e sensibilizzazione dell'utenza	5%		Coordinamento dell'organizzazione di almeno un evento di sensibilizzazione rivolto all'utenza esterna	N° di eventi coordinati
Rischio Clinico	5%	SC Screening e Prev. Sec./SC Senologia	Omogeneizzazione del consenso informato	Predisposizione procedura
	15%		Organizzazione, gestione e sorveglianza del monitoraggio microbiologico ambientale all'interno dell'Istituto e vigilanza sul servizio di pulizia (nelle aree di competenza) e sui rifiuti sanitari	Predisposizione report trimestrale alla Direzione
Qualità ed Accredimento	10%		Supporto alle attività di verifica per l'accredimento regionale	Attestazione di partecipazione a riunioni operative
Coordinamento rete oncologica Regione Toscana	15%		Collaborazione alla definizione del piano pluriennale di indirizzo	Redazione Bozza Piano Regionale di Indirizzo entro novembre 2023

BUDGET 2023

S.S. Igiene, organizzazione e governo dei servizi sanitari
Responsabile: Dott. Tommaso Tanini

OBIETTIVI 2023	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
Sicurezza ed Antincendio	5%		Partecipazione alla gestione antincendio h12	n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal Responsabile Antincendio
TOTALE	100%			

BUDGET 2023

S.C. Epidemiologia dei Fattori di rischio e degli stili di vita
Direttore sostituto: Dott.ssa Giovanna Masala

OBIETTIVI 2023	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
Capacità di ricerca	15%		Capacità di attrarre finanziamenti esterni anche 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
	10%	SC Epid fattori rischio/SS Programmazione e gest ris ec/SC Att. Tecn. Amm	Sperimentazione clinica: aggiornamento portale CRMS al 100%	n° progetti che rientrano nelle sperimentazioni inseriti sul portale regionale/n° progetti approvati dal CE
	5%		IF di struttura \geq IF medio di struttura degli ultimi 3 anni	IF Anno 2023/IF medio Anni 2020-21-22
	5%		Mantenimento delle relazioni attive e sviluppo di relazioni con Reti Internazionali (almeno 3)	Relazione sulle reti attive e N. rapporti certificati dal centro esterno per sviluppo
Registri	15%		Completamento inserimento Anno 2020 Registro Mortalità (100%) e avvio inserimento Anno 2021 (almeno il 20%)	N° inserimenti effettuati / N° casi da inserire dell'anno 2020 e 2021
	15%		Definizione di percorsi per il soddisfacimento delle istanze inerenti i Registri professionali (almeno 1 percorso)	N. di percorsi rivisti
Prevenzione	15%	SC Epid fattori rischio/SC Senologia Clinica	Sviluppo di sinergie con AVC per la presa in carico del paziente a rischio genetico	Invio relazione sullo stato di avanzamento

BUDGET 2023

S.C. Epidemiologia dei Fattori di rischio e degli stili di vita
Direttore sostituto: Dott.ssa Giovanna Masala

OBIETTIVI 2023	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
Qualità ed Accredimento	10%		Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure (almeno n. 2 procedure da aggiornare/rivalidare)	n. procedure revisionate-rivalidate-redatte / n. procedure da revisionare-rivalidare-redigere
Sicurezza ed Antincendio	5%		Partecipazione alla gestione antincendio h12	n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal Responsabile Antincendio
Formazione del personale	5%		Partecipazione agli eventi previsti nel PAF di almeno il 90% dei dipendenti	N° di dipendenti che hanno partecipato agli eventi/N° di dipendenti assegnati alla struttura
TOTALE	100%			

BUDGET 2023

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

Direttore: Dott.ssa Giovanna Masala

OBIETTIVI 2023	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
Capacità di ricerca	15%		IF di struttura \geq IF medio di struttura degli ultimi 3 anni	IF Anno 2023/IF medio Anni 2020-21-22
	12%		Capacità di attrarre finanziamenti esterni anche 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
	10%		Mantenimento delle relazioni attive e sviluppo di relazioni con Reti Internazionali (almeno 3)	Relazione sulle reti attive e N. rapporti certificati dal centro esterno per sviluppo
	5%		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
Registri	15%		Completamento inserimento Registro Tumori Anno 2019 (100%) e avvio inserimento Anno 2020 (almeno 20%)	N° inserimenti effettuati/N° casi da inserire dell'anno 2019 e 2020
	10%		Avvio progetti innovativi negli ambiti di competenza (Esempio georeferenzialità Registro Tumori)	Presentazione relazione istruttoria sul progetto
Screening	18%		Monitoraggio mensile degli indicatori screening (adesione/estensione, tempi di attesa, NSG)	Predisposizione di report di monitoraggio con cadenza mensile da trasmettere in Direzione (adesione/estensione, tempi di attesa, NSG)
Qualità ed Accredimento	5%		Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure (almeno n. 2 procedure da aggiornare/rivalidare)	n. procedure revisionate-rivalidate-redatte / n. procedure da revisionare-rivalidare-redigere

BUDGET 2023

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

OBIETTIVI 2023	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
Sicurezza ed Antincendio	5%		Partecipazione alla gestione antincendio h12	n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal Responsabile Antincendio
Formazione del personale	5%		Partecipazione agli eventi previsti nel PAF di almeno il 90% dei dipendenti	N° di dipendenti che hanno partecipato agli eventi/N° di dipendenti assegnati alla struttura
TOTALE	100%			

BUDGET 2023

S.C. Attività tecnico amministrative

OBIETTIVI 2023	Peso	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
Ricerca	10%	SC Epid fattori rischio/SS Programmazione e gest risc ec/SC Att. Tecn. Amm	Sperimentazione clinica: aggiornamento portale CRMS al 100%	n° progetti che rientrano nelle sperimentazioni inseriti sul portale regionale/n° progetti approvati dal CE
Monitoraggio personale	10%		Monitoraggio periodico sul personale	Rispetto della scadenza di invio del Monitoraggio mensile della consistenza del personale
Implementazione PNRR/PNC	15%		Implementazione PNRR da parte dei centri attuatori	Rispetto delle indicazioni fornite dal Settore Regionale Competente
Tempestività pagamenti	10%		Rispetto dei tempi di pagamento per fornitori privati	Indicatore tempestività pagamenti ex Dpcm 22/09/2014
Qualità ed Accreditamento	10%		Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure: applicazione del piano qualità approvato (almeno n. 2 procedure da aggiornare/rivalidare)	n. procedure revisionate-rivalidate-redatte / n. procedure da revisionare-rivalidare-redigere
	10%		Predisposizione bozza di regolamento per attività extr-impiego	Invio bozza di regolamento alla Direzione
	5%	Direzione Sanitaria/Settore Qualità e Accreditamento	Aggiornamento deliberazione 210/2021 in coerenza con quanto richiesto dai requisiti aziendali sul modello organizzativo della rete qualità e sicurezza	Aggiornamento deliberazione entro 30 gg dalla ricezione dei nominativi individuati
	10%	Direzione Sanitaria/Settore Qualità e Accreditamento	Collaborazione alla stesura job description per le figure della rete qualità e sicurezza con quota oraria dedicata	Partecipazione agli incontri dedicati
	10%	Direzione Sanitaria/Settore Qualità e Accreditamento	Predisposizione indicatori di valutazione sull'applicazione della procedura AP005	Produzione indicatori relativi al 2022
Sicurezza ed Antincendio	5%		Partecipazione alla gestione antincendio h12	n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal Responsabile Antincendio
Formazione del personale	5%		Partecipazione agli eventi previsti nel PAF di almeno il 90% dei dipendenti	N° di dipendenti che hanno partecipato agli eventi/N° di dipendenti assegnati alla struttura
TOTALE	100%			

BUDGET 2023

S.S. Programmazione e Gestione Risorse Economiche

Responsabile: Dott.ssa Cristina Gheri

OBIETTIVI 2023	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
Ricerca	10%	SC Epid fattori rischio/SS Programmazione e gest ris ec/SC Att. Tecn. Amm	Sperimentazione clinica: aggiornamento portale CRMS al 100%	n° budget inseriti sul portale regionale/n° progetti approvati dal CE con budget esterno
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
Implementazione PNRR/PNC	15%		Adempimenti amministrativi per i progetti di ricerca finanziati dal PNRR/PNC	Rispetto dei tempi negli adempimenti amministrativi per i progetti di ricerca finanziati dal PNRR/PNC
Controllo di gestione	5%		Tempestività nella produzione della reportistica per CdR: entro il 31.12 invio entro 45 gg dal periodo di riferimento	Data di invio ai CdR
	10%		Proposta di nuova reportistica ad uso direzionale	Trasmissione alla Direzione di proposta di reportistica da attivare
	10%		Monitoraggio mensile andamento voci di costo presenti nel verbale Assessore	Predisposizione prospetto mensile in base ai dati del CE
	5%		Monitoraggio mensile andamento entrate/uscite di cassa	Predisposizione prospetto mensile
Qualità ed Accreditamento	10%		Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure: applicazione del piano qualità approvato (almeno n. 2 procedure da aggiornare/rivalidare)	n. procedure revisionate-rivalidate-redatte / n. procedure da revisionare-rivalidare-redigere
Sicurezza ed Antincendio	5%		Partecipazione alla gestione antincendio h12	n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal Responsabile Antincendio
Formazione del personale	5%		Partecipazione agli eventi previsti nel PAF di almeno il 90% dei dipendenti	N° di dipendenti che hanno partecipato agli eventi/N° di dipendenti assegnati alla struttura

BUDGET 2023

S.S. Programmazione e Gestione Risorse Economiche

Responsabile: Dott.ssa Cristina Gheri

OBIETTIVI 2023	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
TOTALE	100%			