



ISPRO

Istituto per lo studio, la prevenzione
e la rete oncologica



SST
Servizio
Sanitario
della
Toscana

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ANNO 2018

BUDGET 2018

Coordinamento Area infermieristica

Dott.ssa Antonella Cipriani

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/mon itoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.09.2018	Scostament o obiettivo/ monitoragg io 31.12.2018	% raggiungim ento	Peso % raggiunto
OBIETTIVI AZIENDALI										
Qualità della documentazione sanitaria	20%		Corretta registrazione dell'attività infermieristica e ostetrica svolta	Monitoraggio quadrimestrale su campione del 5% delle schede sanitarie	Schede cliniche ambulatoriali /referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale >= 90%	Obiettivo non valutabile N.V.	Obiettivo non valutabile N.V.	Obiettivo non valutabile N.V.		
Accreditamento Istituzionale	15%		Raggiungimento e mantenimento standard di accreditamento per il processo di interesse	Monitoraggio semestrale dati di processo	N. requisiti soddisfatti / n. totali requisiti previsti >70%	% Requisiti soddisfatti :sotto processo "screening" requisiti soddisfatti = 92% , sottoprocesso visite specialistiche =80%, sottoprocesso diagnostica per immagini sc senologia= 86%	N. requisiti soddisfatti / n. totali requisiti previsti 92%	N. requisiti soddisfatti / n. totali requisiti previsti 84%	100	15
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	Nel 1° Semestre 2018 nessun reclamo ricevuto	Nel 3° trimestre 2018 nessun reclamo ricevuto	Nel 2018 nessun reclamo ricevuto	100	5

BUDGET 2018

Coordinamento Area infermieristica

Dott.ssa Antonella Cipriani

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/mon itoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.09.2018	Scostament o obiettivo/ monitoragg io 31.12.2018	% raggiungiment o	Peso % raggiunto
	10%		Raccolta azioni di migliorament o messe in atto dai vari CDR		Report con l'indicatore per CDR	Pervenuto Report 1° Semestre 2018	Pervenuto Report 1° Semestre 2018	Pervenuti Report 1° e 2° Semestre 2018	100	10
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	Monitoraggio a fine anno	report di monitoraggio a fine anno	Pervenuto report analisi attività in data 13/2/19	100	15
	5%		dei processi per l'individuazio ne delle aree di rischio		Predisposizio ne ed invio della mappatura dei processi	Aggiornament o mappatura	Aggiornato mappatura 24/10	Aggiornato mappatura 24/10	100	5
Prevenzione della corruzione	5%		Produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio come da PTPC Area di rischio A7 Attività "Allocazione delle risorse:Analisi carichi di lavoro Individuazion e profilo di competenza": I Semestre entro 31 Luglio e II Semestre entro 15 Gennaio		Produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio come da PTPC	1° Semestre 2018 è stata fatta richiesta di 1 risorsa umana per sostituzione congedo maternità	Aggiornato indice presuntivo di rischio come da PTPC Area di rischio A7 Attività "Allocazione delle risorse:Analisi carichi di lavoro Individuazion e profilo di competenza":	Aggiornato indice presuntivo di rischio come da PTPC Area di rischio A7 Attività "Allocazion e delle risorse:Anal isi carichi di lavoro Individuazi one profilo di competenz a" entro i termini richiesti	100	5

BUDGET 2018

Coordinamento Area infermieristica
Dott.ssa Antonella Cipriani

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/mon itoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.09.2018	Scostament o obiettivo/ monitoragg io 31.12.2018	% raggiungiment o	Peso % raggiunto
	10%			Partecipazioni e al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	1° semestre nessun evento formativo programmato	100% adesione 12/7 e 13/7	100% adesione 12/7 e 13/7 , 100% corsi FAD	100
5%			Presentazione di almeno una proposta di azione idonea a creare un contesto sfavorevole alla corruzione entro il 30 Giugno		Presentazione e della proposta alla Direzione aziendale e al RTPC	Presentazione proposta "Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile attraverso il Comitato di Partecipazione"	"Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile attraverso il Comitato di Partecipazione" Incontro informativo (2 verbali)	Presentazione proposta "Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile attraverso il Comitato di Partecipazione"	100	5

BUDGET 2018

Coordinamento Area infermieristica
Dott.ssa Antonella Cipriani

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/mon itoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.09.2018	Scostament o obiettivo/ monitoragg io 31.12.2018	% raggiungim ento	Peso % raggiunto
Integrazione multidisciplinare	5%		Coinvolgime nto degli Uffici Amministrati vi alle riunioni di struttura riguardanti le principali procedure amministrativ e (richieste personale, beni e servizi..etc) in almeno 2 riunioni di struttura		N.verbali sottoscritti di riunioni con presenza personale amministrati vo coinvolto	Pervenuti verbali 13/3/18 con Settore tecnico economale, 23/3 con Settore Risorse Umane,14/5 Referente Qualità	Verbali 1° semestre+ verbali 12/10/2018 con Referente Qualità e del 17/10/2018 Ufficio Attività tecnico/patri moniali ed economali, 23/10 Risorse umane e coord. Stat	Inviati vari verbali riunioni con il coinvolgim ento uffici amministra tivi	100	5
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR										
Istituzione del Comitato di partecipazione in base alla L.R. 75 2017	5%		Attivazione azioni necessarie propedeutich e all'istituzione del Comitato di partecipazion e		Documentaz ione a supporto	incontro 11/5 con associazioni	Incontri 11 maggio e 19 settembre con Associazioni di Volontariato e Tutela (2 verbali)	Inviati verbali incontri	100	5
TOTALE	100%									80

LEGENDA CODICI COLORE AI FINI DEL MONITORAGGIO:

- OBIETTIVO raggiunto completamente alla data del monitoraggio
- OBIETTIVO realizzato parzialmente (in progress)
- OBIETTIVO non realizzato
- OBIETTIVO non valutabile

%
RAGGIUNGIM
ENTO
OBIETTIVI

100

BUDGET 2018

Posiziona Organizzativa: Coordinamento Tecnico Sanitario

Dott.ssa Eva Carnesciali

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiungimento	Peso % raggiunto
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	HPV Primario Firenze, Prato, Viareggio, Empoli, Grosseto, Massa Carrara, Livorno, Lucca; Arezzo	HPV Primario Firenze, Prato, Viareggio, Empoli, Grosseto, Massa Carrara, Livorno, Lucca; Arezzo	Implementazione HPV Primario Firenze, Prato, Viareggio, Empoli, Grosseto, Massa Carrara, Livorno, Lucca; Arezzo (mancano 2 ex aziende a causa di problemi tecnici Pistoia e Prato, non imputabili a ISPRO)	100	10

BUDGET 2018

Posiziona Organizzativa: Coordinamento Tecnico Sanitario

Dott.ssa Eva Carnesciali

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiungimento	Peso % raggiunto
OBIETTIVI AZIENDALI										
Qualità della documentazione e sanitaria	15%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta	Monitoraggio quadrimestrale su campione del 5% delle schede sanitarie	Schede cliniche ambulatoriali/tereferti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale >= 90%	Obiettivo non valutabile N.V.	Obiettivo non valutabile N.V.	Obiettivo non valutabile N.V.		
Accreditamento Istituzionale	5%		Raggiungimento e mantenimento standard di accreditamento per il processo di interesse	Monitoraggio semestrale e dati di processo	N. requisiti soddisfatti / n. totali requisiti previsti >70%	N. requisiti soddisfatti / n. totali requisiti previsti 92%	N. requisiti soddisfatti / n. totali requisiti previsti 92%	N. requisiti soddisfatti / n. totali requisiti previsti 92%	100	5

BUDGET 2018

Posiziona Organizzativa: Coordinamento Tecnico Sanitario

Dott.ssa Eva Carnesciali

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiungimento	Peso % raggiunto
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%	N. obiettivi raggiunti / N. totale obiettivi previsti nel piano di attività 100%	N. obiettivi raggiunti / N. totale obiettivi previsti nel piano di attività 100%	N. obiettivi raggiunti / N. totale obiettivi previsti nel piano di attività 100%	100	2
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	Nel 1° Semestre 2018 nessun reclamo afferente al personale Coordinamento tecnico sanitario	Dati disponibili nel monitoraggio finale	Nel 2018 nessun reclamo afferente al personale Coordinamento tecnico sanitario	100	2
Digitalizzazione :Ris Pacs	25%		Piena operatività Ris		Data di operatività	Previsto entro l'anno	Previsto entro l'anno	Obiettivo non valutabile N.V.		
Capacità produttiva: attività laboratorio	5%		Collaborazione ad incremento dei volumi di attività laboratorio erogata Anno 2018 > Anno 2017		Volumi di attività erogata		N. prestazioni Laboratorio tecnici Genn Sett 2018 125115, Genn Sett 2017 90642 (incluso attività in convenzione)	N. prestazioni Laboratorio tecnici Genn Dic 2018 182033 Genn Dic 2017 156476 (incluso attività in convenzione) + 16%	100	5

BUDGET 2018

Posiziona Organizzativa: Coordinamento Tecnico Sanitario

Dott.ssa Eva Carnesciali

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Capacità produttiva: attività radiologica	4%		Collaborazione ad incremento dei volumi di attività diagnostica radiologica erogata: Anno 2018 > Anno 2017		Volumi di attività erogata	Totale n. mammografie 1 semestre 2018 29758 1 semestre 2017 34126	Totale n. mammografie Genn Sett 2018 43027 Genn Sett 2017 48875	Totale n. mammografie 2018 61044 raggiunto 3,8 % 2017 64082	96	4

BUDGET 2018

Posiziona Organizzativa: Coordinamento Tecnico Sanitario

Dott.ssa Eva Carnesciali

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Prevenzione della corruzione	1%		Aggiornamento o mappatura dei processi per l'individuazione e delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione e ed invio della mappatura dei processi	Aggiornamento richiesto entro Ottobre	Pervenuto aggiornamento mappatura dei processi 30 Ottobre	Pervenuto aggiornamento mappatura dei processi 30 Ottobre	100	1
	1%		presuntivi di rischio come da PIPC: Area di rischio "Trasferimento ambulatori mobili Attività Pianificazione calendario annuale screening mammografico" I Semestre entro 31 Luglio		Produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio come da PIPC	Indici presuntivi di rischio 1 semestre 18 area A12 azioni manutenzioni UM non programmate/azioni programmate =3/3=1	Indici presuntivi di rischio 1 semestre 18 area A12 azioni manutenzioni UM non programmate/azioni programmate =3/3=1	Indici presuntivi di rischio 1 semestre 18 e Gennaio 2019 area A12 azioni manutenzioni UM non programmate/azioni programmate =3/3=1	100	1
	1%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Non ancora effettuati eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Sono in programma corsi FAD	% adesione corsi FAD 92,3%	92	1





BUDGET 2018

Posiziona Organizzativa: Coordinamento Tecnico Sanitario

Dott.ssa Eva Carnesciali

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Screening individuale	5%		Partecipazione agli incontri per la definizione del passaggio allo screening individuale		Verbali partecipazione agli incontri	Inviato manuale passaggio screening individuale	Inviati verbali partecipazione agli incontri e manuale passaggio a screening individuale	Inviati verbali partecipazione agli incontri e manuale passaggio a screening individuale	100	5
TOTALE	100%									45

LEGENDA CODICI COLORE AI FINI DEL MONITORAGGIO:

-  OBIETTIVO raggiunto completamente alla data del monitoraggio
-  OBIETTIVO realizzato parzialmente (in progress)
-  OBIETTIVO non realizzato
-  OBIETTIVO non valutabile

%
RAGGIUNGI
MENTO
OBIETTIVI

99

BUDGET 2018

Posizione organizzativa: Coordinamento di Area Statistico Epidemiologica

Dott.ssa Patrizia Falini

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiungimento	Peso % raggiunto
OBIETTIVI AZIENDALI										
Digitalizzazione :Ris Pacs	20%		Piena operatività Ris		Data di operatività	Data al momento non ipotizzabile		N.V.		
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)	Calcolo indicatori impact factor 2017	Calcolo indicatori impact factor 2017	Nel 2018 calcolo indicatori impact factor 2017	100	10
Registro Tumori della Regione Toscana	20%		Controlli dati tumori	attuazione attività statistica	Certificazione attività statistica da parte del Direttore SS Registri tumori		in attesa certificazione attività statistica direttore SS Registri Tumori	Pervenuta Certificazione attività statistica	100	20

BUDGET 2018

Posizione organizzativa: Coordinamento di Area Statistico Epidemiologica

Dott.ssa Patrizia Falini

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Registro Mortalità della Regione Toscana	7%		Controlli dati di mortalità	Effettuazione controlli dati	Trasmissione alle Aziende Usl dei controlli effettuati sui dati di mortalità entro 1 mese dal ricevimento del flusso Check list controfirmata da Responsabile Epidemiologia dell'ambiente e del lavoro	Pervenuta check list controllo dati mortalità controfirmata da Responsabile Epidemiologia dell'ambiente e del lavoro	Pervenuta check list controllo dati mortalità controfirmata da Responsabile Epidemiologia dell'ambiente e del lavoro	Pervenuta check list controllo dati mortalità controfirmata da Responsabile Epidemiologia dell'ambiente e del lavoro	100	7
Nuovi gestionali Registri	10%		Utilizzo Registro mortalità		Utilizzo Registro mortalità	In corso validazione dati Registro mortalità	Pervenuta relazione sullo stato d'avanzamento del nuovo gestionale RMR (parte statistica)	Pervenuta relazione sullo stato d'avanzamento del nuovo gestionale RMR (parte statistica)	100	10
	10%		Collaudo programma gestionale Registro Tumori Università degli Studi di Firenze per la parte di competenza		Collaudo programma gestionale Registro Tumori		Obiettivo eliminato su indicazione Direzione	Obiettivo eliminato su indicazione Direzione		0

BUDGET 2018

Posizione organizzativa: Coordinamento di Area Statistico Epidemiologica

Dott.ssa Patrizia Falini

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Partecipazione al cruscotto direzionale	20%		Monitoraggio quadrimestrale degli indicatori di competenza del cruscotto direzionale		N° invii indicatori di competenza	Invio indicatori 1° Quadrimestre	Invio indicatori richiesti 1° Quadrimestre e Gennaio Agosto 18	Invio indicatori richiesti anno 2018	100	20
Prevenzione della corruzione	2%		mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi	Aggiornamento richiesto entro Ottobre	Aggiornato mappatura 31/10	Aggiornato mappatura 31/10	100	2
	2%		proposta di azione idonea a creare un contesto sfavorevole alla		Presentazione della proposta alla Direzione aziendale e al RTPC	Pervenuta 1 proposta di azione in data 28/6	Pervenuta 1 proposta di azione in data 28/6	Pervenuta 1 proposta di azione in data 28/6	100	2
	2%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Nel 1° Semestre non sono stati effettuati eventi formativi sulla prevenzione corruzione	Sono in programma corsi FAD	% adesione corsi FAD 100%	100	2
Integrazione multidisciplinare	2%		Amministrativi alle riunioni di struttura riguardanti le principali procedure amministrative (richieste personale, beni e servizi etc) in		N.verbali sottoscritti di riunioni con presenza personale amministrativo coinvolto		Pervenuto verbale riunione 23 ottobre che ha coinvolto il Settore Risorse Umane ed Affari Generali	riunione 23 ottobre che ha coinvolto il Settore Risorse Umane ed Affari Generali , 0/11	100	2

BUDGET 2018

Posizione organizzativa: Coordinamento di Area Statistico Epidemiologica

Dott.ssa Patrizia Falini

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiungimento	Peso % raggiunto
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR										
Screening individuale	5%		agli incontri per la definizione del passaggio allo screening		Verbali partecipazione agli incontri	Inviati verbali	Inviati verbali	Inviati verbali	100	5
TOTALE	100%									80

LEGENDA CODICI COLORE AI FINI DEL MONITORAGGIO:

- OBIETTIVO raggiunto completamente alla data del monitoraggio
- OBIETTIVO realizzato parzialmente (in progress)
- OBIETTIVO non realizzato
- OBIETTIVO non valutabile

%
RAGGIU
NGIMEN
TO
OBIETTI
VI

100

BUDGET 2018

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monit oraggio 30.06.2018	Scostame nto obiettivo /monitor aggio 30.09.201 8	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiung imento	Peso % raggiunt o
Delibera G.R.T. N. 1520 del 27/12/2017										
STRATEGIE REGIONALI										
Governo oncologia	5%		Attuazione della delibera DGR 1068/2016: approvazione indicazioni per la creazione di agende per le visite di Follow Up Oncologico		Documento modalità follow up Ispro da sottoporre al Coordinamento dei Dipartimenti Oncologici	Redazione PDTA regionale	Pervenut o Docume nto modalità follow up Ispro da sottoporr e al Coordina mento dei Dipartim enti Oncologi ci	Pervenuto Documento modalità follow up Ispro da sottoporre al Coordinamento dei Dipartimenti Oncologici	100	5

BUDGET 2018

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monit oraggio 30.06.2018	Scostame nto obiettivo /monitor aggio 30.09.201 8	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiung imento	Peso % raggiunt o
Tempi d'attesa e specialistica	15%		Prescrizione delle prestazioni antecedente al momento della erogazione. Incremento rispetto al 2017 della % prestazioni con data erogazione diversa dalla data prescrizione		% prestazioni con data erogazione diversa da data prescrizione	Dati richiesti al Sistema Informativo, ma non comunicati. Iniziato a fare ricette giorno prima per il follow up. Per la genetica e per follow up vengono prodotte le ricette in SIRE 3 per l'esame successivo	% prestazioni con data erogazione diversa da data prescrizione 28,3 %	% prestazioni con data erogazione diversa da data prescrizione ANNO 2018 38,9 % ANNO 2017 0,5%	100	15
	5%		Adozione del catalogo regionale della specialistica ambulatoriale		Supporto all'allineamento prestazioni Ispro a nuovo catalogo regionale		ha ancora aggiornato catalogo	Aggiornamento catalogo regionale in data 1.2.2019	100	5

BUDGET 2018

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monit oraggio 30.06.2018	Scostame nto obiettivo /monitor aggio 30.09.201 8	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiung imento	Peso % raggiunt o
	10%		Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica >90% dall'attivazione del RIS		Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica >90%	Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica erogate Gennaio Maggio 2018 2%	% Ricette dematerializzate specialistica accettate in ISPRO Gennaio Settembre 2018 0,02%	Obiettivo non valutabile causa mancata implementazione modifica Ris Pacs		
PERFORMANCE COMPLESSIVA SISTEMA DI VALUTAZIONE (BERSAGLIO)										
	2%		Realizzazione di almeno 1 Audit		N. Audit	0 Audit	0 Audit	2 Audit	100	2
	2%		Realizzazione di almeno 3 M&M		N. M&M	0 M&M	0 M&M	3 M&M	100	2

BUDGET 2018

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monit oraggio 30.06.2018	Scostame nto obiettivo /monitor aggio 30.09.201 8	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiung imento	Peso % raggiunt o
Rischio Clinico	5%		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		Applicazione buone pratiche per la sicurezza del paziente "Capacità di controllo delle cadute dei pazienti"	Applicazione buone pratiche per la sicurezza del paziente "Capacità di controllo delle cadute dei pazienti"	Applicazi one buone pratiche per la sicurezza del paziente "Capacità di controllo delle cadute dei pazienti"	Applicazione buone pratiche per la sicurezza del paziente "Capacità di controllo delle cadute dei pazienti"	100	5

BUDGET 2018

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monit oraggio 30.06.2018	Scostame nto obiettivo /monitor aggio 30.09.201 8	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiung imento	Peso % raggiunt o
AZIONI PER LA SOSTENIBILITA'										0
Farmaceutica e dispositivi	3%		Mantenimento valore consumo dispositivi medici		Importo consumi dispositivi medici 2018<= Importo consumi dispositivi medici 2017	Totale Consumi 1 semestre 2018 51214 €, 1° semestre 2017 55726 (incluso Senologia per screening)	Totale Consumi Gennaio Settembre e 2018 75974 €, Gennaio Settembre e 2017 82066 (incluso Senologia per screening)	Totale Consumi Gennaio Dicembre 2018 € 90709, GennaioDicembre 2017 104855 (incluso Senologia per screening)	100	3
OBIETTIVI AZIENDALI									100	0

BUDGET 2018

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monit oraggio 30.06.2018	Scostame nto obiettivo /monitor aggio 30.09.201 8	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiung imento	Peso % raggiunt o
Qualità della documentazione sanitaria	10%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta	Monitoraggio quadrimestrale su campione del 5% delle schede sanitarie	Schede cliniche ambulatoriali/referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale >= 90%	Schede cliniche ambulatoriali/referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale 95%	ambulatoriali/referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale	Schede cliniche ambulatoriali/referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale 95%	100	10
Accreditamento Istituzionale	5%		Raggiungimento e mantenimento standard di accreditamento per il processo di interesse	Monitoraggio semestrale dati di processo	N. requisiti soddisfatti / n. totali requisiti previsti >70%	N. requisiti soddisfatti / n. totali requisiti previsti 84%	N. requisiti soddisfatti / n. totali requisiti previsti 84%	N. requisiti soddisfatti / n. totali requisiti previsti 84%	100	5
Integrazione multidisciplinare	3%		Uffici Amministrativi alle riunioni di struttura riguardanti le principali procedure amministrative (richieste personale, beni e servizi..etc). Invito in almeno 2		N.inviti personale amministrativo a riunioni di Struttura	Riunione 20/4 invito PO Settore att.tecniche ,11/5 con Referente Qualità	Riunione 20/4 invito PO Settore att.tecniche ,11/5 con Referente Qualità	Inviati verbali , inviti personale amministrativo	100	3

BUDGET 2018

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monit oraggio 30.06.2018	Scostame nto obiettivo /monitor aggio 30.09.201 8	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiung imento	Peso % raggiunt o
Digitalizzazione :Ris Pacs	10%		Piena-operatività Ris		Data di operatività	Data al momento non ipotizzabile	L'attivazi one 2° livello RIS è prevista per Marzo 2019	N.V.		
Prevenzione secondaria	5%		Collaborazione al raggiungimento degli obiettivi regionali per l'estensione dello screening mammografico 45-74 anni	Attività di screening mammografico	Numero mammografie di screening 2018 versus 2017	Mammografie screening effettuate da Senologia clinica 1° semestre 2018 6641,1° Semestre 2017 5384	screening effettuate da Senologia clinica Genn Sett 2018 11728,Ge	N. Mammografie screening effettuate da Senologia clinica Genn Dic 2018 15956 ,GennDic 2017 12995	100	5

BUDGET 2018

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monit oraggio 30.06.2018	Scostame nto obiettivo /monitor aggio 30.09.201 8	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiung imento	Peso % raggiunt o
Tempi di attesa per invio referto negativo screening mammografico	5%		Tempi d'attesa referto negativo screening mammografico entro 21 gg almeno 90 % (da valutare applicazione sui medici senologia clinica e su mammografie effettuate in senologia)		Tempi d'attesa referto negativo screening mammografico entro 21 gg	Tempi d'attesa referto negativo screening mammografico entro 21 gg ISPRO 74,7% (in attesa indicatore calcolato da Coordinamento Statistico per Senologia clinica)	negativo screening mammografico entro 21 gg ISPRO 58,8 % (nel monitoraggio finale l'indicatore sarà calcolato)	Genn Dic 2018 Tempi d'attesa referto negativo screening mammografico entro 21 gg ISPRO 99,7 % medici Senologia clinica presidio careggi)	100	5
Prevenzione della corruzione	2%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi	Aggiornamento richiesto entro Ottobre	Aggiornamento pervenuto il 23 Ottobre	Aggiornamento pervenuto il 23 Ottobre	100	2
	2%		almeno una proposta di azione idonea a creare un contesto sfavorevole alla corruzione entro il 30		Presentazione della proposta alla Direzione aziendale e al RTPC	Pervenuta 1 proposta	Pervenuta 1 proposta	Pervenuta 1 proposta	100	2

BUDGET 2018

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monit oraggio 30.06.2018	Scostame nto obiettivo /monitor aggio 30.09.201 8	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiung imento	Peso % raggiunt o
	2%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Non ancora effettuati eventi formativi sulla prevenzione corruzione	sono in programma corsi FAD	% adesione corsi FAD 100%	100	2
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	4%		Effettuazione di almeno 1 riunione complessiva di struttura ogni 6 mesi per analisi delle attività/monitoraggio budget con partecipazione delle PO dei coordinamenti		N° di riunioni di struttura con elenco sottoscritto dei partecipanti	Pervenuto verbale 20/4 e 11/5	Pervenuto verbale 20/4 e 11/5, In programma riunione 16/11	Pervenuto verbale 20/4 e 11/5, 16/11 e 21/2/19	100	4

BUDGET 2018

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monit oraggio 30.06.2018	Scostame nto obiettivo /monitor aggio 30.09.201 8	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiung imento	Peso % raggiunt o
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR										
Organizzazione tirocini	5%		Gestione 100% richieste di tirocinio		N. tirocini effettuati : N. tirocini richiesti	Gestione 100% richieste	3 tirocini effettuati /3 tirocini richiesti	6 tirocini effettuati/6 tirocini richiesti	100	5
TOTALE	100%									80

%
RAGGIU
NGIMEN
TO
OBIETTI
VI

100

LEGENDA CODICI COLORE AI FINI DEL MONITORAGGIO:

- OBIETTIVO raggiunto completamente alla data del monitoraggio
- OBIETTIVO realizzato parzialmente (in progress)
- OBIETTIVO non realizzato
- OBIETTIVO non valutabile

BUDGET 2018

S.C. Core Research Laboratory (CRL)

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monito raggio 31.12.2018	% raggiungim ento	Peso % raggiunt o
OBIETTIVI AZIENDALI									
Prevenzione della corruzione	3%		Predisposizione mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi	Pervenuta mappatura processi 25 Ottobre	Pervenuta mappatura processi 25 Ottobre	100	3
	3%		Presentazione di almeno una proposta di azione idonea a creare un contesto sfavorevole alla corruzione entro Ottobre		Presentazione della proposta alla Direzione aziendale e al RTPC	Presentazione proposte alla Direzione aziendale e al RTPC	Presentazione proposte alla Direzione aziendale e al RTPC	100	3
	3%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	sono in programma corsi FAD	% adesione corsi FAD 100%	100	3
Integrazione multidisciplinare	15%		Coinvolgimento degli Uffici Amministrativi alle riunioni di struttura riguardanti le principali procedure amministrative (richieste personale, beni e servizi..etc) in almeno 2 riunioni di struttura		N.verbali sottoscritti di riunioni con presenza personale amministrativo coinvolto	Verbali riunioni 26/7 con Responsabile PRCT, 9/10 con Direttore Dipartimento amministrativo	Verbali riunioni 26/7 con Responsabile PRCT, 9/10 con Direttore Dipartimento amministrativo, 9/11/18 settore ricerca	100	15
Comunicazione	6%		Comunicazione attività Core Research Laboratory		Aggiornamento/ inserimento nei canali di comunicazione istituzionali (sito web, partecipazione a eventi esterni con inviti)	Aggiornamento/ inserimento nei canali di comunicazione e istituzionali	Aggiornamento/ inserimento nei canali di comunicazione istituzionali	100	6

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monito raggio 31.12.2018	% raggiungim ento	Peso % raggiunt o
Capacità di ricerca: H index	15%	Resp. Epid.fatt ori di rischio/ coinv. CRL	Aggiornamento valutazione interna dell'attività di ricerca H index e applicazione al CRL		Documento con valutazione	In attesa del documento condiviso con valutazione	Inviato documentazione Epidemiologia fattori rischio	100	15
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 2018 > IF medio Anni 2015_ 2016_2017	Dati disponibili nel monitoraggio finale	IF 2018=53,37 media 2015_16_17 IF 41	100	15
Capacità di ricerca	15%		Relazioni con Centri di Ricerca Regionali e Nazionali (almeno 5)		N rapporti certificati dal centro esterno	In attesa rendicontazio ne	Pervenuta documentazione che accerta relazioni con Centri di ricerca	100	15
Collaborazioni con strutture ISPRO	20%		Collaborazioni con strutture ISPRO (>=90%)		N. iniziative integrate programmate /N. iniziative integrate realizzate	In attesa rendicontazio ne	Pervenuta documentazione che accerta collaborazione con strutture interne	100	20
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	In attesa rendicontazio ne	Invio materiale attività didattica	100	5
TOTALE	100%							% RAGGIUNGIM ENTO OBIETTIVI	100

LEGENDA CODICI COLORE AI FINI DEL MONITORAGGIO:

- OBIETTIVO raggiunto completamente alla data del monitoraggio
- OBIETTIVO realizzato parzialmente (in progress)
- OBIETTIVO non realizzato
- OBIETTIVO non valutabile

BUDGET 2018

S.S. Centro di Riabilitazione Oncologica
Responsabile: Dr.ssa Maria Grazia Muraca

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Delibera G.R.T. N. 1520 del 27/12/2017										
PERFORMANCE COMPLESSIVA SISTEMA DI VALUTAZIONE (BERSAGLIO)										
Rischio Clinico	1%		Realizzazione di almeno 1 Audit		N. Audit	0 Audit	0 Audit	0 Audit	0	0
	1%		Realizzazione di almeno 2 M&M		N. M&M	0 M&M	0 M&M	0 M&M	0	0
	10%		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		Applicazione buone pratiche per la sicurezza del paziente "Capacità di controllo delle cadute dei pazienti"	Applicazione buone pratiche per la sicurezza del paziente "Capacità di controllo delle cadute dei pazienti"	Applicazione buone pratiche per la sicurezza del paziente "Capacità di controllo delle cadute dei pazienti"	Applicazione buone pratiche per la sicurezza del paziente "Capacità di controllo delle cadute dei pazienti"	100	10
Tempi d'attesa e specialistica	10%		Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica >90%		Ricetta dematerializzata a farmaceutica e specialistica >90%	Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica Gennaio Maggio 2018 47 %	% Ricette dematerializzate specialistiche accettate in ISPRO Gennaio Settembre 2018 65,14%	% Ricette dematerializzate specialistiche accettate in ISPRO Gennaio Dicembre 2018 73%, se escludo ricette per riabilitazione individuale e di gruppo 89,9%	100	10

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Tempi di attesa e specialistica	10%		Adozione del catalogo regionale della specialistica ambulatoriale		Supporto all'allineamento prestazioni Ispro a nuovo catalogo regionale		RT non ha aggiornato catalogo regionale	RT ha aggiornato catalogo regionale febbraio 2019	100	10
	10%		Prescrizione delle prestazioni antecedente al momento della erogazione. Incremento rispetto al 2017 della % prestazioni con data erogazione diversa dalla data prescrizione		% prestazioni con data erogazione diversa da data prescrizione	Dati richiesti al Sistema Informativo, ma non comunicati	% prestazioni con data erogazione diversa da data prescrizione 31,3 %	% prestazioni con data erogazione diversa da data prescrizione anno 2018 25%, anno 2017 17,6 %	100	10
OBIETTIVI AZIENDALI										
Qualità della documentazione sanitaria	10%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta	Monitoraggio quadrimestrale su campione del 5% delle schede sanitarie	Schede cliniche ambulatoriali/referiti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale >= 90%	Schede cliniche ambulatoriali/referiti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale 95%	Dati non disponibile	Schede cliniche ambulatoriali/referiti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale 0% dati fornito da "Qualità e accreditamento ist"	0	0
Accreditamento Istituzionale	10%		Raggiungimento e mantenimento standard di accreditamento per il processo di interesse	Monitoraggio semestrale dei dati di processo	N. requisiti soddisfatti / n. totali requisiti previsti >70%	N. requisiti soddisfatti / n. totali requisiti previsti 85%	N. requisiti soddisfatti / n. totali requisiti previsti 85%	N. requisiti soddisfatti / n. totali requisiti previsti 85%	100	10
Riabilitazione Oncologica	7%		Progetto Corri La Vita - Blue Clinic		Realizzazione progetto e avvio operativo	Non ancora avviato	Progetto non pervenuto	N.V.		

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Sensibilizzazione dell'utenza	5%		Progettazione orto bioattivo		Presentazione progetto	Non ancora presentato	Non pervenuto alcun progetto	Non pervenuto alcun progetto	0	0
TOTALE	100%									56

LEGENDA CODICI COLORE AI FINI DEL MONITORAGGIO:

- OBIETTIVO raggiunto completamente alla data del monitoraggio
- OBIETTIVO realizzato parzialmente (in progress)
- OBIETTIVO non realizzato
- OBIETTIVO non valutabile

%
RAGGIU
NGIMEN
TO
OBIETTI
VI

67

BUDGET 2018

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria
Responsabile: Dott.ssa Paola Mantellini

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Delibera G.R.T. N. 1520 del 27/12/2017										
STRATEGIE REGIONALI										
	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 coloretta 100% Estensione screening cervice 100% margine di tolleranza 5 punti percentuali		% di estensione agli screening al netto inviti inesitati	Genn _ Aprile 2018 Estensione screening mammografico 33,5 % Estensione screeningcoloretta e 32,6% Estensione screening cervice 54,18% al netto inviti inesitati	Genn _ Settembre 2018 Estensione screening mammografico 73 % Estensione screeningcoloretta le 83 % Estensione screening cervice 91 % Indicatori al netto inviti inesitati	Genn _ Dic 2018 Estensione screening mammografico 101,4% Estensione screening coloretta 120,3 % Estensione screening cervice 128 % Indicatori al netto inviti inesitati	100	5

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Prevenzione	5%		Estensione dello screening primario HPV		Implementazione al programma HPV primario per tutte le 12 ex aziende	HPV Primario Firenze, Prato, Viareggio, Empoli, Grosseto, Massa Carrara, Livorno, Lucca Siena Arezzo	HPV Primario Firenze, Prato, Viareggio, Empoli, Grosseto, Massa Carrara, Livorno, Lucca Siena Arezzo	Implementazione HPV Primario Firenze, Prato, Viareggio, Empoli, Grosseto, Massa Carrara, Livorno, Lucca; Arezzo (mancano 2 ex aziende a causa di problemi tecnici Pistoia e Prato, non imputabili a ISPRO)	100	5
	5%		Monitoraggio e coordinamento relativi agli screening oncologici		Invio relazione	Relazione al 31.5	Relazione al 31.5	Relazione al 31.5	100	5
	3%		Adozione del catalogo regionale della specialistica ambulatoriale		Abbinamento prestazioni Ispro a nuovo catalogo regionale		RT non ha ancora aggiornato catalogo regionale	RT ha aggiornato catalogo regionale in data 1.2.2019	100	3
Tempi d'attesa e specialistica	5%		Prescrizione delle prestazioni antecedente al momento della erogazione. Incremento rispetto al 2017 della % prestazioni con data erogazione diversa dalla data prescrizione		% prestazioni con data erogazione diversa da data prescrizione	Dati richiesti al Sistema Informativo Estar, ma non comunicati	% prestazioni con data erogazione diversa da data prescrizione 76,6%	prestazioni con data erogazione diversa da data prescrizione ANNO 2018 99,9% ANNO 2017 78%	100	5

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiungimento	Peso % raggiunto
	3%		Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica >90%		Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica >90%	Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica Gennaio Maggio 2018 74%	% Ricette dematerializzate specialistiche accettate in ISPRO Gennaio Settembre 2018 91,85%	% Ricette dematerializzate specialistiche accettate in ISPRO Gennaio Dicembre 2018 94%	100	3
AZIONI PER LA SOSTENIBILITA'										
Farmaceutica e dispositivi	3%		Mantenimento valore consumo dispositivi medici		Importo consumi dispositivi medici 2018 <= Importo consumi dispositivi medici 2017	Totale consumi 1° Semestre 2018 199.080 €, 1° Semestre 2017 209.761 incluso Screening Senologia	Totale Consumi Gennaio Settembre 2018 241845 €, Gennaio Settembre 2017 271711 (escluso Senologia per screening)	Totale Consumi Gennaio Dicembre 2018 311695 €, Gennaio Dicembre 2017 327834 € (escluso Senologia per screening)	100	3
PERFORMANCE COMPLESSIVA SISTEMA DI VALUTAZIONE (BERSAGLIO)										
	2%		Realizzazione di almeno 3 Audit		N. Audit	1 Audit	4 Audit	5 Audit	100	2

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Rischio Clinico	2%		Realizzazione di almeno 4 M&M		N. M&M	2 M&M	2 M&M	3 M&M Direzione Sanitaria ha dato indicazione di considerarlo raggiunto, perché gli audit sono superiori	100	2
	2%		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		Applicazione buone pratiche per la sicurezza del paziente "Capacità di controllo delle cadute dei pazienti"	Applicazione buone pratiche per la sicurezza del paziente "Capacità di controllo delle cadute dei pazienti"	Applicazione buone pratiche per la sicurezza del paziente "Capacità di controllo delle cadute dei pazienti"	Applicazione buone pratiche per la sicurezza del paziente "Capacità di controllo delle cadute dei pazienti"	100	2
OBIETTIVI AZIENDALI										
Accreditamento Istituzionale	4%		Raggiungimento e mantenimento standard di accreditamento per il processo di interesse	Monitoraggio semestrale dati di processo	N. requisiti soddisfatti / n. totali requisiti previsti >70%	% Requisiti soddisfatti :sottoprocesso "screening" requisiti soddisfatti = 92% , sottoprocesso visite specialistiche =80%,	N. requisiti soddisfatti / n. totali requisiti previsti 84%	N. requisiti soddisfatti / n. totali requisiti previsti 84%	100	4

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Prevenzione secondaria	10%		Progetto prevenzione secondaria con UNICOOP Firenze		Completamento 30% progetto entro 31.12.2018	Nel 2018 Unicoop intende provvedere alla prevenzione primaria sull'alimentazione NON VALUTABILE	Nel 2018 Unicoop intende provvedere alla prevenzione primaria sull'alimentazione NON VALUTABILE	Nel 2018 Unicoop intende provvedere alla prevenzione primaria sull'alimentazione NON VALUTABILE		
Qualità della documentazione sanitaria	6%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta	Monitoraggio quadrimestrale su campione del 5% delle schede sanitarie	Schede cliniche ambulatoriali/referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale >= 90%	Obiettivo non valutabile N.V.	Obiettivo non valutabile N.V.	Obiettivo non valutabile N.V.		0
Integrazione multidisciplinare	2%		Coinvolgimento degli Uffici Amministrativi alle riunioni di struttura riguardanti le principali procedure amministrative (richieste personale, beni e servizi..etc) in almeno 2 riunioni di struttura		N.verbali sottoscritti di riunioni con presenza personale amministrativo coinvolto	Riunione 13/3 con Settore att. Tecniche e 14/5 Staff Qualità, riunione settore ricerca	Riunione 13/3 con Settore att. Tecniche e 14/5 Staff Qualità, riunione settore ricerca	Riunione 13/3 con Settore att. Tecniche e 14/5 Staff Qualità, riunione settore ricerca	100	2
Digitalizzazione :Ris Pacs	25%		Piena-operatività Ris		Data di operatività	Primo livello 100%, "1° Livello 0% Obiettivo non valutabile N.V.	Primo livello 100%, "1° Livello 0% Obiettivo non valutabile N.V.	Primo livello 100%, "1° Livello 0% Obiettivo non valutabile N.V.		

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Tempi di attesa per invio referto negativo screening mammografico	1%		Tempi d'attesa referto negativo screening mammografico entro 21 gg almeno 90 %		Tempi d'attesa referto negativo screening mammografico entro 21 gg	Genn Apr 2018 Tempi d'attesa referto negativo screening mammografico entro 21 gg 74,7% causa 1 unità di personale in malattia	Genn Sett 2018 Tempi d'attesa referto negativo screening mammografico entro 21 gg ISPRO 58,8 %	Genn Dic 2018 Tempi d'attesa referto negativo screening mammografico entro 21 gg ISPRO 63,4 % dati provvisori a Aprile 2019	70	1
Capacità di ricerca: Impact Factor	1%		IF di struttura uguale all'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni		IF Anno 2018 > IF medio Anni 2015_2016_2017	attualmente non valutabile	Indicatore valutabile nel monitoraggio finale	IF 2018=20,80 media 2015_16_17 IF 42,60	49	0
Prevenzione della corruzione	2%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi	Aggiornamento richiesto entro Ottobre	Pervenuto aggiornamento mappatura dei processi 31 Ottobre	Pervenuto aggiornamento mappatura dei processi 31 Ottobre	100	2
	2%		Presentazione di almeno una proposta di azione idonea a creare un contesto sfavorevole alla corruzione entro il 30 Giugno		Presentazione della proposta alla Direzione aziendale e al RTPC	Pervenuta 1 proposta di azione	Pervenuta 1 proposta di azione	Pervenuta 1 proposta di azione	100	2
	1%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		sono in programma corsi FAD	% adesione corsi FAD 100%	100	1

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Prevenzione	6%	Coordinamento Tecnico sanitario	Dismissione di almeno 1 Unità mobile e attivazione di almeno 1 Presidio territoriale per lo screening mammografico in collaborazione con Azienda Usl centro entro il 2018		N Unità mobile dismesse e n di Presidi territoriali per lo screening mammografico	ancora non dismessa	N.V. su indicazione della Direzione	N.V. su indicazione della Direzione		
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR										
Screening individuale	5%		Partecipazione agli incontri per la definizione del passaggio allo screening individuale		Verbali partecipazioni e agli incontri	Pervenuto Manuale passaggio da organizzativo a individuale . Inviati verbali	Inviati verbali	Inviati verbali di partecipazioni e agli incontri per la definizione del passaggio allo screening individuale	100	5
TOTALE	100%									52

LEGENDA CODICI COLORE AI FINI DEL MONITORAGGIO:

- OBIETTIVO raggiunto completamente alla data del monitoraggio
- OBIETTIVO realizzato parzialmente (in progress)
- OBIETTIVO non realizzato
- OBIETTIVO non valutabile

%
RAGGIUNGIMENTO
OBIETTIVI

98

BUDGET 2018

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

Responsabile: Dr. Domenico Palli

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitor aggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monit oraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monito raggio 31.12.2018	% raggiung imento	Peso % raggiunt o
Delibera G.R.T. N. 1520 del 27/12/2017										
STRATEGIE REGIONALI										
Ricerca	10%		Informatizzazione servizi per la sperimentazione clinica (DGR N.553/2014 Allegato A1);uso della piattaforma CRPMS- Produzione Fattibilità, chiusura Budget, definizione Contratto e archiviazione Contrattofirmato (Moduli "CRM &Feasibility", "Contratto" e "Budget e fatturazione") per il 70 % dei nuovi studi 2018		Uso della piattaforma CRPMS	Uso della piattaforma CRPMS	Uso della piattaforma CRPMS	Uso della piattaforma CRPMS	100	10

BUDGET 2018

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

Responsabile: Dr. Domenico Palli

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitor aggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monit oraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monito raggio 31.12.2018	% raggiung imento	Peso % raggiunt o
OBIETTIVI AZIENDALI										
Registro Mortalità della Regione Toscana	10%		Messa in produzione del programma gestionale Università degli Studi di Firenze per il Registro di Mortalità		Utilizzo programma gestionale Registro di Mortalità	In fase di test	L' Università sta risolvendo le ultime criticità	Il programma gestionale è stato messo in produzione	100	10
Capacità di ricerca: H index	10%		Aggiornamento valutazione interna dell'attività di ricerca H index e applicazione al CRL		Documento con valutazione		In attesa documento condiviso con CRL	Pervenuto documento	100	10
Capacità di ricerca: Impact Factor	10%		IF di struttura uguale all'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni		IF Anno 2018 > IF medio Anni 2015_2016_2017	Dati disponibili nel monitoraggio finale	Dati disponibili nel monitoraggio finale	IF 2018=464,74 media 2015_16_17 IF 471,99	98	10
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	Incontro con RT; bozza documento pronta	Delibera RT	Progetto inviato a RT e Delibera RT 1370/2018	100	10
Prevenzione primaria	10%		Progetto prevenzione primaria con UNICOOP Firenze		Completamento 30% progetto entro 31.12.2018	Pervenuti depliant 6 incontri realizzati	Pervenuti depliant 6 incontri realizzati	Pervenuti depliant 6 incontri realizzati	100	10

BUDGET 2018

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

Responsabile: Dr. Domenico Palli

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitor aggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monit oraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monito raggio 31.12.2018	% raggiung imento	Peso % raggiunt o
Capacità di ricerca e Fund Raising	10%		Capacità di attrarre finanziamenti esterni attraverso partecipazione ai bandi di ricerca usciti nell'anno: presentazione di un numero uguale o maggiore di progetti rispetto ai bandi precedenti		presentati come PI o come subcontrattor con il coinvolgimento dell'ufficio Attività amm.ve supporto area	1° semestre 2018 3 progetti, totale 2017 6 progetti	Genn settembre 2018 4 progetti, totale 2017 6 progetti	Genn Dic 2018 15 progetti, totale 2017 6 progetti	100	10
Prevenzione della corruzione	5%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi	Aggiornamento richiesto entro Ottobre	Aggiornamento inviato il 25/10	Aggiornamento inviato il 25/10	100	5
	5%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Nel 1 semestre non sono stati realizzati eventi	% Adesione incontro 12/7 e 13/7 50%	% Adesione incontro 12/7 e 13/7 50%, % adesione corso FAD 100%	100	5
	5%		Presentazione di almeno una proposta di azione idonea a creare un contesto sfavorevole alla corruzione entro il 30 Giugno		Presentazione della proposta alla Direzione aziendale e al RTPC	Non pervenuta proposta	Pervenuta proposta in data 27/07/2018	Pervenuta proposta in data 27/07/2018	100	5
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	5%		Effettuazione di almeno 1 riunione complessiva di struttura ogni 6 mesi per analisi delle attività/monitoraggio budget con partecipazione delle PO dei coordinamenti		N° di riunioni di struttura con elenco sottoscritto dei partecipanti		Inviato verbale Riunione monitoraggio budget 17/10	Inviato verbale Riunione monitoraggio budget 17/10 e 4/12	100	5

BUDGET 2018

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

Responsabile: Dr. Domenico Palli

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitor aggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monit oraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monit oraggio 31.12.2018	% raggiung imento	Peso % raggiunt o
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			9/11/2018 settore ricerca, ss bilancio, 21/12/2018 Settore ricerca	100	5
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR										
Azione sulla prevenzione primaria	5%		Incontri con la popolazione sulle tematiche della prevenzione primaria (almeno 2)		n. incontri	1 incontro scuola alberghiera Buontalenti	Pervenuto ulteriore materiale 2 incontri	Pervenuto materiale 3 incontri con la popolazione sulle tematiche della prevenzione primaria	100	5
TOTALE	100%								RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI	100

LEGENDA CODICI COLORE AI FINI DEL MONITORAGGIO:

- OBIETTIVO raggiunto completamente alla data del monitoraggio
- OBIETTIVO realizzato parzialmente (in progress)
- OBIETTIVO non realizzato
- OBIETTIVO non valutabile

BUDGET 2018

S.C. Epidemiologia Clinica

Responsabile: Dott. Marco Zappa f.f.

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Delibera G.R.T. N. 1520 del 27/12/2017										
STRATEGIE REGIONALI										
Ricerca	10%		Informatizzazione servizi per la sperimentazione clinica (DGR N.553/2014 Allegato A1):uso della piattaforma CRPMS- Produzione Fattibilità, chiusura Budget, definizione Contratto e archiviazione Contrattofirmato (Moduli "CRM & Feasibility", "Contratto" e "Budget e fatturazione") per il 70 % dei nuovi studi 2018		Uso della piattaforma CRPMS	Uso della piattaforma CRPMS	Uso della piattaforma CRPMS	Uso della piattaforma CRPMS	100	10
OBIETTIVI AZIENDALI										
Registro Tumori della Regione Toscana	20%		Collaudo programma gestionale Università degli Studi di Firenze per il Registro Tumori		Collaudo nuovo programma gestionale		Obiettivo eliminato da Direzione	Obiettivo eliminato da Direzione		
Registro Tumori della Regione Toscana	20%		Completamento anni 2014		Completamento anni 2014	In fase di realizzazione	In fase di realizzazione	Realizzato completamento 2014	100	20

BUDGET 2018

S.C. Epidemiologia Clinica

Responsabile: Dott. Marco Zappa f.f.

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Capacità di ricerca: Impact Factor	10%		IF di struttura uguale all'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni		IF Anno 2018 > IF medio Anni 2015_2016_2017	Dati disponibili nel monitoraggio finale	Dati disponibili nel monitoraggio finale	IF 2018=116,33 media 2015_16_17 IF 105,34	100	10
Capacità di ricerca e Fund Raising	30%		Capacità di attrarre finanziamenti esterni anche attraverso partecipazione ai bandi di ricerca usciti nell'anno: presentazione di un numero uguale o maggiore di progetti rispetto ai bandi precedenti		N° di progetti presentati con il coinvolgimento dell'ufficio Attività amm.ve supporto area ricerca	3 progetti 1° Semestre 2018, 2 progetti presentati nell'anno 2017	3 progetti genn sett 2018, 2 progetti presentati nell'anno 2017	7 progetti genn dic 2018, 2 progetti presentati nell'anno 2017	100	30
Prevenzione della corruzione	5%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi	Aggiornamento richiesto entro Ottobre	Aggiornata mappatura 31/10	Aggiornata mappatura 31/10	100	5
	5%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Nel 1° Semestre non sono stati effettuati eventi formativi sulla prevenzione corruzione	66% adesione incontro 12/7 e 13/7	66% adesione incontro 12/7 e 13/7, 100% adesione corso FAD 17 % 83 %	83	4
	5%		Presentazione di almeno una proposta di azione idonea a creare un contesto sfavorevole alla corruzione entro il 30 Giugno		Presentazione della proposta alla Direzione aziendale e al RTPC	Pervenuta proposta di azione	Pervenuta proposta	Pervenuta proposta	100	5

BUDGET 2018

S.C. Epidemiologia Clinica

Responsabile: Dott. Marco Zappa f.f.

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	5%		Effettuazione di almeno 1 riunione complessiva di struttura ogni 6 mesi per analisi delle attività/monitoraggio budget con partecipazione delle PO dei coordinamenti		N° di riunioni di struttura con elenco sottoscritto dei partecipanti	Pervenuto verbale riunione 16/4	Pervenuto verbale riunione 16/4	Pervenuto verbale riunione 16/4, 24/1/19	100	5
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		Non pervenuto nessun verbale	Verbali riunioni 10/10/18 e 9/11/2018 settore ricerca, ss bilancio	100	5
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR										
Valutazione screening	5%		Valutazione dell'effetto dello screening polmonare sulla mortalità cardiovascolare		Relazione		In attesa relazione	Pervenuta relazione su Valutazione dell'effetto dello screening polmonare sulla mortalità cardiovascolare	100	5
TOTALE	100%								% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI	99

BUDGET 2018

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

Responsabile: Dott. ssa Francesca Carozzi f.f.

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Delibera G.R.T. N. 1520 del 27/12/2017										
STRATEGIE REGIONALI										
Prevenzione	20%		Centralizzazione dello screening primario HPV		Implementazione e al programma HPV primario per tutte le 12 ex aziende	HPV Primario Firenze, Prato, Viareggio, Empoli, Grosseto, Massa Carrara, Livorno, Lucca Siena Arezzo	HPV Primario Firenze, Prato, Viareggio, Empoli, Grosseto, Massa Carrara, Livorno, Lucca Siena Arezzo (manca Pisa e Pistoia)	Implementazione HPV Primario Firenze, Prato, Viareggio, Empoli, Grosseto, Massa Carrara, Livorno, Lucca; Arezzo (mancano 2 ex aziende a causa di problemi tecnici Pistoia e Prato, non imputabili a ISPRO)	100	20
Tempi d'attesa e specialistica	5%		Adozione del catalogo regionale della specialistica ambulatoriale		Supporto all'allineamento prestazioni Ispro a nuovo catalogo regionale	Il Laboratorio ha analizzato il nuovo catalogo regionale e definito modifiche catalogo ISPRO	Introdotte modifiche al catalogo ISPRO a settembre	Introdotte modifiche al catalogo ISPRO a settembre, RT ha modificato catalogo regionale a Febbraio 2019	100	5
PERFORMANCE COMPLESSIVA SISTEMA DI VALUTAZIONE (BERSAGLIO)										
Rischio Clinico	5%		Realizzazione di almeno 3 Audit		N. Audit	3 Audit	3 Audit	10 Audit	100	5
	5%		Realizzazione di almeno 6 M&M		N. M&M	5 M&M	6 M&M	6 M&M	100	5
AZIONI PER LA SOSTENIBILITA'										

BUDGET 2018

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

Responsabile: Dott. ssa Francesca Carozzi f.f.

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Farmaceutica e dispositivi	2%		Mantenimento valore consumo dispositivi medici		Importo consumi dispositivi medici 2018<= Importo consumi dispositivi medici 2017	Totale Consumi 1 semestre 2018 436420 €, 1° semestre 2017 368945 €	Totale Consumi Gennaio Settembre 2018 567152 €, Gennaio Settembre 2017 499951 €	Totale Consumi Gennaio Dicembre 2018 782424 €, Gennaio Dicembre 2017 663328 €	82	2

BUDGET 2018

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

Responsabile: Dott. ssa Francesca Carozzi f.f.

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiungimento	Peso % raggiunto
OBIETTIVI AZIENDALI										
Qualità della documentazione sanitaria	6%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta	Monitoraggio quadri mensili sulle campagne del 5% delle schede sanitarie	Schede cliniche ambulatoriali/referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale >= 90%	Schede cliniche ambulatoriali/referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale 95%	Schede cliniche ambulatoriali/referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale 95%	Schede cliniche ambulatoriali/referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale 95%	100	6
Accreditamento Istituzionale	11%		Raggiungimento e mantenimento standard di accreditamento per il processo di interesse	Monitoraggio semestrale dati di processo	N. requisiti soddisfatti / n. totali requisiti previsti >70%	N. requisiti soddisfatti / n. totali requisiti previsti 82%	N. requisiti soddisfatti / n. totali requisiti previsti 82%	N. requisiti soddisfatti / n. totali requisiti previsti 82%	100	11
Accreditamento ISO 15189	3%		Implementazione del sistema di gestione secondo norma di accreditamento	Monitoraggio quadri mensili obiettivi piano	N. obiettivi raggiunti / N. totale obiettivi previsti nel piano di attività > 80%	N. obiettivi raggiunti / N. totale obiettivi previsti nel piano di attività 100%	N. obiettivi raggiunti / N. totale obiettivi previsti nel piano di attività 100%	N. obiettivi raggiunti / N. totale obiettivi previsti nel piano di attività 100%	100	3

BUDGET 2018

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

Responsabile: Dott. ssa Francesca Carozzi f.f.

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiungimento	Peso % raggiunto
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	verbali 26/3 con settore att.tecniche, 8/5 con settore progetti, 28/5 settore att.tecniche	verbali 26/3 28/5 e 25/6 con settore att.tecniche, 8/5 con settore progetti, 1/8 Qualità	verbali 26/3 28/5 e 25/6 con settore att.tecniche, 8/5 con settore progetti, 1/8 Qualità	100	3
Tempi di attesa per invio referto negativo screening cervice	10%		Contenimento dei tempi di attesa per invio referto negativo entro i limiti previsti da ONS (accettabile il 90% entro 30 gg)		Tempo di attesa invio referto negativo screening cervice	Tempo di attesa invio referto negativo screening cervice Genn Apr pap test 99,7%, hpv 99,9%	Tempo di attesa invio referto negativo screening cervice Genn sett pap test 99,9%, hpv 100 %	Tempo di attesa invio referto negativo screening cervice Genn Dic pap test 99,8%, hpv 100 % dato non definitivo Febbraio 2019	100	10
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	Tempo di attesa invio referto negativo screening colon rettale Genn Apr 100%	Genn Sett 2018 Tempo di attesa invio referto negativo screening colon rettale 100%	Tempo di attesa invio referto negativo screening colon rettale Genn Dic 100% dato Febbraio 2019	100	5
Capacità di ricerca e Fund Raising	6%		Capacità di attrarre finanziamenti esterni attraverso partecipazione ai bandi di ricerca usciti nell'anno: presentazione di almeno 3 progetti		N° di progetti presentati con il coinvolgimento dell'ufficio Attività amm.ve supporto area ricerca	10 progetti presentati nel 1° semestre 2018, 9 progetti presentati nel 2017	10 progetti presentati Genn sett 2018, 9 progetti presentati nel 2017	17 progetti presentati Genn dic 2018, 9 progetti presentati nel 2017	100	6
	3%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi	Aggiornamento richiesto entro Ottobre	Aggiornamento inviato il 25/10	Aggiornamento inviato il 25/10	100	3

BUDGET 2018

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

Responsabile: Dott. ssa Francesca Carozzi f.f.

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Prevenzione della corruzione	3%		Presentazione di almeno una proposta di azione idonea a creare un contesto sfavorevole alla corruzione entro il 30 Giugno		Presentazione della proposta alla Direzione aziendale e al RTPC	Pervenuta 1 proposta di azione entro i termini richiesti	Pervenuta 1 proposta di azione entro i termini richiesti	Pervenuta 1 proposta di azione entro i termini richiesti	100	3
	3%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Nel 1 Semestre non ancora effettuati eventi formativi sulla prevenzione corruzione	sono in programma corsi FAD	% adesione corsi FAD 100%	100	3
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	5%		Effettuazione di almeno 1 riunione complessiva di struttura ogni 6 mesi per analisi delle attività/monitoraggio budget con partecipazione delle PO dei coordinamenti		N° di riunioni di struttura con elenco sottoscritto dei partecipanti	pervenuti verbali 26/26/3, 8/5 28/5	Pervenuti verbali	Prevenuti verbali	100	5

BUDGET 2018

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

Responsabile: Dott. ssa Francesca Carozzi f.f.

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiungimento	Peso % raggiunto
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR										
Miglioramento qualità	3%		Miglioramento concordanza interna esami citologia di triage (almeno 3 set)		lettura condivisa set vetrini	Il primo set è stato effettuato nel primo semestre 2018	primo, il secondo ed il terzo set. Verranno presentati e discussi nella relazione	Effettuati il primo, il secondo ed il terzo set. Giornata di studio 21/11	100	3
Percorsi per gli utenti	2%		Ottimizzazione percorsi citoassistenza e internalizzazione esami inquadramento terapeutico		Relazione fattibilità e attuazione del progetto	Valutazione su quale test utilizzare e proposta scheda liberatoria	"Percorso per gli utenti:ottimizzazione dei percorsi di internalizzazione esami inquadramento	Pervenuta relazione "Percorso per gli utenti:ottimizzazione dei percorsi di internalizzazione esami inquadramento terapeutico "	100	2
TOTALE	100%								% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI	100

LEGENDA CODICI COLORE AI FINI DEL MONITORAGGIO:

- OBIETTIVO raggiunto completamente alla data del monitoraggio
- OBIETTIVO realizzato parzialmente (in progress)
- OBIETTIVO non realizzato
- OBIETTIVO non valutabile

BUDGET 2018

S.C. Attività tecnico amministrative

Responsabile: Dott. Mario Piccoli Mazzini

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/m onitoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggi o 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monitoragg io 31.12.2018	% raggiungime nto	Peso % raggiunto
Valutazione delle tecnologie	2%		Adesione alla procedura di segnalazione del sistema di valutazione delle tecnologie innovative e degli investimenti sanitari	Adesione alla procedura	Delibera RT 229/2017, Decreto Presidente Giunta Regionale n. 19/2018	Delibera RT 229/2017, Decreto Presidente Giunta Regionale n. 19/2018	Adesione Delibera RT 229/2017, Decreto Presidente Giunta Regionale n. 19/2018	100	2
PERFORMANCE COMPLESSIVA SISTEMA DI VALUTAZIONE (BERSAGLIO)									
Rapporti con l'utenza	2%		Miglioramento Front office telefonico	Indicatore Mes B.16.2	Non ancora disponibili risultati indicatori Mes	Risultati Mes disponibili nel monitoraggio finale	N.V. Risultati Mes non ancora disponibili		
OBIETTIVI AZIENDALI									
Progetto PAC regionale	10%		Stesura procedure di competenza	Redazione procedure di competenza	In corso	In corso	Redazione procedure di competenza	100	10
	5%		Mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre	Predisposizione della mappatura dei processi	Aggiornamento richiesto entro Ottobre	Pervenuta mappatura processi 29 Ottobre	Pervenuta mappatura processi 29 Ottobre	100	5

BUDGET 2018

S.C. Attività tecnico amministrative

Responsabile: Dott. Mario Piccoli Mazzini

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/m onitoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggi o 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monitoragg io 31.12.2018	% raggiungime nto	Peso % raggiunto
Prevenzione della corruzione	5%		Produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio come da PTPC 1° semestre entro il 31/07 e 2° semestre entro il 15/01: area di rischio A1 Conferimento incarichi A2 Gestione progetti finalizzati per "sperimentazioni cliniche" A8 Appalti con affidamenti diretti	Produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio come da PTPC	Indicatori presuntivi di rischio richiesti entro 31/7	Indicatori presuntivi di rischio non pervenuti	Indicatori presuntivi di rischio non pervenuti	0	0
	5%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Semestre non sono stati organizzati eventi formativi		% adesione corso FAD 95,83 %	95,83	5
	5%		Presentazione di almeno una proposta di azione idonea a creare un contesto sfavorevole alla corruzione entro il 30 Giugno	Presentazione della proposta alla Direzione aziendale e al RTPC	Pervenuta 1 proposta di azione in data 29/6	Pervenuta 1 proposta di azione in data 29/6	Pervenuta 1 proposta di azione in data 29/6	100	5
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	15%		Effettuazione di almeno 1 riunione complessiva di struttura entro Giugno	Verbale riunioni di struttura con elenco sottoscritto dei partecipanti	Verbale riunione complessiva di struttura il 22/6	Verbale riunione complessiva di struttura il 22/6	Verbale riunione complessiva di struttura il 22/6	100	15

BUDGET 2018

S.C. Attività tecnico amministrative

Responsabile: Dott. Mario Piccoli Mazzini

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/m onitoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggi o 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monitoragg io 31.12.2018	% raggiungime nto	Peso % raggiunto
Registro Tumori e Cartella ambulatoriale	6%		Collaudo programma gestionale Università degli Studi di Firenze per il Registro Tumori e Cartella ambulatoriale	Predisposizione Verbali di collaudo	collaudo entr	è in corso la finalizzazione della checklist di collaudo	Predisposizione verbale Collaudo cartella ambulatoriale dermatologica	100	6
Integrazione multidisciplinare	10%		Partecipazione degli Uffici Amministrativi a tutte le riunioni di struttura riguardanti le principali procedure amministrative (richieste personale, beni e servizi..etc)	N.verbali sottoscritti di riunioni con presenza personale amministrativo coinvolto/N. riunioni per le quali è stata richiesta la partecipazione	Verbale riunione 13/3 con sc Screening e prev.sec. 23/3 settore risorse umane con coord ass. prev. Riunione 20/4 invito PO Settore att.tecniche, ma non partecipato	Verbale riunione 13/3 con sc Screening e prev.sec. 23/3 settore risorse umane con coord ass. prev. 23/10 Domenichini Falini e Cipriani	Verbale riunione 13/3 con sc Screening e prev.sec. 23/3 settore risorse umane con coord ass. prev. 23/10 Domenichini Falini e Cipriani	100	10
Soddisfazione dell'utente	10%		Azioni di miglioramento poste in essere a fronte dei reclami ricevuti dall'URP per aspetti relazionali accettazione amministrativa 100%	N. azioni di miglioramento/N . di fattispecie di reclami ricevuti	Non risultano reclami	Non risultano reclami	Non risultano reclami	100	10

BUDGET 2018

S.C. Attività tecnico amministrative

Responsabile: Dott. Mario Piccoli Mazzini

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/m onitoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggi o 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monitoragg io 31.12.2018	% raggiungime nto	Peso % raggiunto
Rafforzamento capacità di lavorare in team	20%		Risoluzione di problematiche trasversali tra settori amministrativi	IN. verbali riunioni intersettoriali con indicazione di proposta di soluzione delle problematiche trasversali		Verbale riunione 10/10 criticità flussi informativi con Ponzi, Regis, Meoni, Domenichini	Verbale riunione 10/10 criticità flussi informativi con Ponzi, Regis, Meoni, Domenichini	100	20
TOTALE	100%								93

RAGGIUNGI
MENTO
OBIETTIVI

95

LEGENDA CODICI COLORE AI FINI DEL MONITORAGGIO:

- OBIETTIVO raggiunto completamente alla data del monitoraggio
- OBIETTIVO realizzato parzialmente (in progress)
- OBIETTIVO non realizzato
- OBIETTIVO non valutabile

BUDGET 2018

S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti

Responsabile: Dott.ssa Cristina Gheri

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Delibera G.R.T. N. 1520 del 27/12/2017									
STRATEGIE REGIONALI									
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	Invio Monitoraggio report costi di funzionamento in data 14/6	Invio Monitoraggio report costi di funzionamento in data 14/6 e 2/10	Invio Monitoraggio report costi di funzionamento in data 14/6, 2/10 e 6/3/19	100	10
OBIETTIVI AZIENDALI									
Progetto PAC regionale	10%		Rispetto adempimenti della SS come da cronoprogramma PAC regionale	Rispetto cronoprogramma PAC	Rispetto adempimenti richiesti (Delibera DG n, 141/2018 richiesta da RT per DGRT 1368/2017 (PAC), Relazione stato avanzamento PAC e partecipazione incontri RT)	Rispetto adempimenti richiesti (Delibera DG n, 141/2018 richiesta da RT per DGRT 1368/2017 (PAC), Relazione stato avanzamento PAC e partecipazione incontri RT)	Rispetto adempimenti richiesti (Delibera DG n, 141/2018 richiesta da RT per DGRT 1368/2017 (PAC), Relazione stato avanzamento PAC e partecipazione incontri RT, Delibera DG 106/19 Stato avanzamento PAC ISPRO)	100	10

S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti

Responsabile: Dott.ssa Cristina Gheri





OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2018	% raggiungimento	Peso % raggiunto
	10%		Stesura procedure di competenza	Redazione procedure di competenza	In corso	In corso redazione procedure + definito cronoprogramma	Redazione procedure competenza	100	10
Manutenzione cruscotto direzionale	10%		Manutenzione/aggiornamento del cruscotto aziendale con indicatori di interesse aziendale Monitoraggio almeno quadrimestrale degli indicatori del cruscotto direzionale (3 cruscotti direzionali)	N° cruscotti aziendali prodotti	Invio cruscotto 1° Quadrimestre	Invio cruscotto 1° semestre e Genn Agosto 2018	Invio cruscotto 1° semestre 18, Genn Agosto 2018 e anno 2018	100	10
Prevenzione della corruzione	10%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre	Predisposizione ed invio della mappatura dei processi	Aggiornamento entro Ottobre	Aggiornamento mappatura 8 Ottobre	Aggiornamento mappatura 8 Ottobre	100	10
	10%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Nel 1 semestre non sono stati organizzati eventi	% adesione incontro 12/7 100%	% adesione incontro 12/7 100%, % adesione corsi FAD 100%	100	10
	10%		Presentazione di almeno una proposta di azione idonea a creare un contesto sfavorevole alla corruzione entro il 30 Giugno	Presentazione della proposta alla Direzione aziendale e al RTPC	Pervenute 2 proposte di azioni in data 29/6	Pervenute 2 proposte di azioni in data 29/6	Pervenute 2 proposte di azioni in data 29/6	100	10

S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti

Responsabile: Dott.ssa Cristina Gheri

OBIETTIVI 2018	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.06.2018	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.09.2018	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 31.12.2018	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Tavolo regionale permanente dei Responsabili del Bilancio	3%		Partecipazione ai lavori del Tavolo	N. di incontri ai quali è stato partecipato/N. di incontri del Tavolo	Partecipazione al 100% incontri Tavolo regionale (6/4, 11/5 e 12/6/2018)	Partecipazione al 100% incontri Tavolo regionale n. 4/4 (6/4, 11/5,12/6 e 30/10)	Partecipazione al 100% incontri Tavolo regionale	100	3
TOTALE	100%							% RAGGIUNGIMENTO TO OBIETTIVI	100

LEGENDA CODICI COLORE AI FINI DEL MONITORAGGIO:

-  OBIETTIVO raggiunto completamente alla data del monitoraggio
-  OBIETTIVO realizzato parzialmente (in progress)
-  OBIETTIVO non realizzato
-  OBIETTIVO non valutabile