



ISTITUTO PER LO STUDIO  
E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA



# VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

## ANNO 2015

### Contratti di Budget per CdR

## BUDGET 2015

**S.C. Biostatistica Applicata**  
**Responsabile: Prof. Annibale Biggeri**

### OBIETTIVI 2015

D.G.R.T. 48/2015, Decreto 2419 del 29/5/2015

STRATEGIE E PROGETTI REGIONALI	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2015	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2015	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Capacità di ricerca: Impact Factor	5%		Percentuale specialità con IF medio maggiore dell'IF di specialità riportato da ISI >2014		Percentuale specialità con IF medio maggiore dell'IF di specialità riportato da ISI	N.V.	N.V.	N.V.	
Semplificazione percorsi e comunicazione web	3%		Facilità di accesso alle informazioni e prenotazione servizi attraverso i siti web aziendali e processi di semplificazione rapporti con l'utenza	Predisposizione di scheda informativa sintetica sulle attività svolte/servizi offerti da pubblicare sul sito	scheda informativa	non inviata	Non trasmessa scheda Biostatistica, Invio scheda informativa Epidemiologia ambiente lavoro <b>Scostamento Ob/Mon: 50%</b>	50	1,5
	2%			Aggiornamento ordinario annuale della quota di competenza del sito aziendale, fatti salvi gli interventi straordinari	n. aggiornamenti	nessun aggiornamento	2 aggiornamenti (SC Biostatistica e Epidemiologia ambiente lavoro) <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2
Registro Mortalità della Regione Toscana	25%	Resp: SS Epidemiologia Ambientale Occupazionale e SS Infrastruttura Registri Coinvolti: Coord Ass Prev Coord Statistico	Restituzione mortalità 2013 (flusso regionale) con codifica Istat 100% di schede relative ai dati mortalità 2013 entro aprile 2016		% di schede relative ai dati di mortalità restituite alle Aziende Sanitarie RT con codifica ISTAT trasmesse da ISTAT	N.V.	Dati restituiti alle Aziende il 16/5 <b>Scostamento Ob/Mon: 14%</b>	86	21,5
Capacità di ricerca: Fund Raising	20%		Capacità di attrarre finanziamenti esterni attraverso partecipazione ai bandi di ricerca usciti nell'anno: presentazione di un numero maggiore di progetti rispetto ai bandi precedenti		N° di progetti presentati	Biostatistica_ 1 progetto presentato nel 2015, 1 progetto nel 2014 <u>Epid. Ambientale e occ.le</u> 1 progetto 2015, 7 progetti 2014	Biostatistica 2 progetti presentati nel 2015, 1 progetto nel 2014 Epid. Ambientale e occ.le 7 progetti 2015, 7 progetti 2014 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	20
	5%		Mantenimento del valore dei finanziamenti rispetto alla media del triennio precedente (con oscillazione del 10%)		Valore dei finanziamenti	N.V.	Valore finanziamenti progetti 2015 € 256607 Valore medio annuo 2012-2013-2014 € 236811 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Compartecipazione della ricerca finalizzata al funzionamento della struttura aziendale	15%		Rispetto della % di overhead prevista dal regolamento		% del valore degli overhead	N.V.	% del valore degli overhead applicata <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	15
Adesione e facilitazione piano di accreditamento, qualità e sicurezza istituzionale	5%		Partecipazione agli obiettivi del Piano di Istituto		Indicatori del Piano di Istituto	N.V.	N.V.	N.V.	

## BUDGET 2015

**S.C. Biostatistica Applicata**  
**Responsabile: Prof. Annibale Biggeri**

Miglioramento clima interno	10%	Coinvolti: Coordinamenti interessati	Migliorare il clima interno alla SC, di concerto, ove previsto, con i Responsabili di Coordinamento interessati	Presentazione n. 2 azioni formali e verificabili, tese al miglioramento del clima interno, entro ottobre	Relazione a cura del Responsabile di CDR controfirmata da tutti i collaboratori	nessuna relazione inviata	nessuna relazione inviata da Responsabile CDR Scostamento Ob/Mon:100 %	0	0
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	5%		Effettuazione di almeno 1 riunione complessiva di struttura ogni 3 mesi per analisi delle attività/monitoraggio budget con partecipazione delle PO dei coordinamenti	Coinvolgimento e formalizzazione attraverso verbali di riunioni	N° di riunioni di struttura con elenco sottoscritto dei partecipanti	nessun verbale inviato	verbali inviati 18/12 SC Biostatistica e SS Epid.amb.occ.le insieme, senza coordinamenti, <b>Scostamento Ob/Mon: 50 %</b>	50	2,5
Rapporto COR Mesoteliomi	5%		Produzione del rapporto entro novembre		Rapporto	N.V.	Rapporto COR Mesoteliomi <b>Scostamento Ob/Mon:0 %</b>	100	5
									72,5

**TOTALE** **100%**

<b>% RAGGIUNGIMENTO AL NETTO OBIETTIVI NON VALUTABILI</b>	<b>81</b>
---	-----------

**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

**OSSERVAZIONI:**

**Il Direttore Sanitario** \_\_\_\_\_

**Il Direttore Generale** \_\_\_\_\_

**Visto del Controllo di Gestione** \_\_\_\_\_

**Il Responsabile di CdR** \_\_\_\_\_

Firenze,

COMPONENTI O.I.V.

## BUDGET 2015

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

### OBIETTIVI 2015

**D.G.R.T. 48/2015, Decreto 2419 del 29/5/2015**

STRATEGIE E PROGETTI REGIONALI	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio o 30.09.2015	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2015	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Efficienza ed economicità	2%		Riduzione 1-5% del rapporto % fra consumo beni, servizi e personale (dipendente) e valore della produzione rispetto all'anno 2014		Valore dei beni di consumo, servizi e personale/Valore attività sanitaria*100	Indicatore 2015: 249%, 2014 335%	Indicatore 2015 208 %, 2014 225 % <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2
Potenziamento della rete informatica e strumenti di telemedicina: prescrizione medica	10%		Prescrizione elettronica per la specialistica >= 80% Dematerializzazione ricette specialistiche 50% (obiettivo non valutato da Regione Toscana)		% prescrizioni elettroniche per la specialistica su totale prescrizioni effettuate % - prescrizioni dematerializzate al 31/12	% Prescrizioni elettroniche per la specialistica su totale prescrizioni effettuate anno precedente 92,6%. Prescrizioni dematerializzate 0	% Prescrizioni elettroniche per la specialistica su totale prescrizioni effettuate anno precedente 86,09 % <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
Rischio Clinico	5%		Almeno tre audit clinici e di sei M&M GRC all'anno con elaborazione di un alert report finale	Realizzazione di almeno tre audit clinici e di sei M&M GRC all'anno con elaborazione di un alert report finale (redatto secondo le indicazioni del centro GRC)	Valutazione documenti che certificano la realizzazione degli incontri e attestare l'effettiva realizzazione degli incontri	4 M&M	0 AUDIT 11 M&M Il Responsabile CDR ha dichiarato che non ci sono stati eventi critici richiedenti la realizzazione di audit clinici <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Farmaceutica e dispositivi	2%		Riduzione 1-5% del rapporto % fra consumo beni e valore della produzione rispetto all'anno 2014		Valore dei beni di consumo/Valore attività sanitaria*100	Indicatore consumo Dispositivi e farmaci 2015: 2,5%, 2014: 1,6%	Indicatore consumo Dispositivi e farmaci (escluso bende compressive) 2015: 0,9%, 2014: 1 % <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2
Semplificazione percorsi e comunicazione web	4%		Facilità di accesso alle informazioni e prenotazione servizi attraverso i siti web aziendali e processi di semplificazione rapporti con l'utenza	Predisposizione di scheda informativa sintetica sulle attività svolte/servizi offerti da pubblicare sul sito	scheda informativa	non inviata	scheda trasmessa <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	4

## BUDGET 2015

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

**Responsabile: Dr.ssa Maria Grazia Muraca**

	2%			Aggiornamento ordinario annuale della quota di competenza del sito aziendale, fatti salvi gli interventi straordinari	n. aggiornamenti	1 aggiornamento	1 aggiornamento <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2
Programmazione azioni di governo clinico su scala di Area Metropolitana, di AV e regionale	15%		Stima e attivazione del programma	Definizione di un programma multidisciplinare integrato interaziendale (LR 28/2015)	Programma definito	progetto sospeso da Regione Toscana	N.V. progetto sospeso in seguito a riorganizzazione SSR Invio verbale 30/6 e 17/9	N.V.	
Continuità assistenziale ospedale territorio	15%	Coinvolto: SC Senologia	Attivazione percorso di continuità per la mammella con AOU Careggi e ASF	Strutturazione del percorso e primi risultati. Integrazione strutturata con follow up AOUC e ASF	Stesura protocollo	progetto sospeso da Regione Toscana	N.V. progetto sospeso da Regione Toscana:	N.V.	
Capacità produttiva	15%		Incremento dei volumi di attività erogata: effettuazione di almeno <b>2500 prestazioni di riabilitazione individuale e di gruppo</b> con mantenimento delle altre prestazioni sui volumi del 2014		Volumi di attività erogata Anno 2015	Gennaio Settembre 2015 1488 prestazioni di riabilitazione individuale e di gruppo , altre prestazioni 4128 (+8 % rispetto a 2014)	Anno 2015 <b>2150 prestazioni di riabilitazione individuale e di gruppo</b> , altre prestazioni + 6,9 % rispetto a 2014 <b>Scostamento Ob/Mon: 14%</b>	86	12,9
Adesione e facilitazione piano di accreditamento, qualità e sicurezza istituzionale	5%		Partecipazione agli obiettivi del Piano di Istituto		Indicatori del Piano di Istituto N° di procedure approvate/revisionate	tot. Procedure 6 (di cui 1 nuova e 5 revisionate)	Tot. Procedure Accreditamento e Qualità 6 Nessuna prescrizione di sicurezza <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Progetto Regionale Riabilitazione Oncologica	15%		Realizzazione della rete regionale per la riabilitazione oncologica	Elaborazione e condivisione di un progetto per il coinvolgimento delle riabilitazioni aziendali in un programma di riabilitazione dedicato al paziente	Incontri interaziendali e condivisione del progetto	progetto sospeso da Regione Toscana	N.V. progetto sospeso da Regione Toscana	N.V.	
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	5%		Effettuazione di almeno 1 riunione complessiva di struttura ogni 3 mesi per analisi delle attività/monitoraggio budget con partecipazione delle PO dei coordinamenti	Coinvolgimento e formalizzazione attraverso verbali di riunioni	N° di riunioni di struttura con elenco sottoscritto dei partecipanti	nessun verbale trasmesso afferente al budget	Trasmessi verbali riunioni mensili Cerion ma in nessun verbale c'è il monitoraggio budget Scostamento Ob/Mon: 100%	0	0

## BUDGET 2015

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

Miglioramento clima interno	5%	Coinvolti: Coordinamenti interessati	Migliorare il clima interno alla SS, di concerto, ove previsto, con i Responsabili di Coordinamento interessati	Presentazione n. 2 azioni formali e verificabili, tese al miglioramento del clima interno, entro ottobre 2015	Relazione a cura del Responsabile di CDR controfirmata da tutti i collaboratori		Presentazione di 2 azioni tese al miglioramento clima interno in data 15/9 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
-----------------------------	----	--	---	---	---	--	---	-----	---

48

**TOTALE** 100%

**% RAGGIUNGIMENTO AL NETTO  
OBIETTIVI NON VALUTABILI**

87

**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

**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

**Il Direttore Sanitario** \_\_\_\_\_

**Il Direttore Generale** \_\_\_\_\_

**Visto del Controllo di Gestione** \_\_\_\_\_

**Il Responsabile di CdR** \_\_\_\_\_

Firenze,

COMPONENTI O.I.V.

# BUDGET 2015

S.S. Contabilità e Controllo di gestione

Responsabile: Dott.ssa Cristina Gheri

## OBIETTIVI 2015

D.G.R.T. 48/2015, Decreto 2419 del  
29/5/2015

STRATEGIE E PROGETTI REGIONALI	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2015	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2015	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Efficienza ed economicità	15%		Monitoraggio mensile del rispetto del tetto di personale concordato con Assessore Verifica rispetto del tetto di spesa sul personale	Tabella mensile personale a TI e TD di verifica monitoraggio del tetto Rilascio congruenza economica preventiva	Invio tabella mensile stato avanzamento obiettivo teste luglio (22/7) agosto (10/9) Rilascio congruenza economica preventiva	Tabelle stato avanzamento obv teste inviate il 22/7, 10/9, 10/10, 23/11 Tabella definitiva al 31.12 inviata il 15/1/16 Rilascio 25 congruenze economiche preventive rispetto a 25 richieste <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	15
Facilitazione incontri di Istituto per informazioni di competenza	15%		Presentazione delle informazioni di competenza durante gli incontri di Istituto	N° presentazioni effettuate/N° incontri di Istituto nei quali è richiesta la presentazione di informazioni	Presentazione Obiettivi regionali Ufficio di Direzione del 6/3/2015	N° presentazioni effettuate/N° incontri di Istituto nei quali è richiesta la presentazione di informazioni =2/2 (presentazioni Ufficio di Direzione 6/3 Obiettivi Regione e 20/11 Cruscotto Direzionale) <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	15
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	5%		Effettuazione di almeno 1 riunione complessiva di struttura ogni 3 mesi per analisi delle attività/monitoraggio budget	N° di riunioni di struttura con elenco sottoscritto dei partecipanti	Riunione per il coinvolgimento degli operatori agli obv budget il 2/9/2015	Riunioni 2/9 e 18/11/2015 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Certificazione di bilancio	30%		Predisposizione procedure di competenza entro Dicembre	N° di procedure prodotte	nessuna procedura prodotta	Procedura "Gestione e rilevazione giacenze beni economici e sanitari" redatta il 27/11/2015 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	30
Manutenzione cruscotto direzionale	20%		Manutenzione/aggiornamento del cruscotto aziendale con indicatori di interesse aziendale Monitoraggio almeno trimestrale degli indicatori del cruscotto direzionale	N° Indicatori rivisti N° cruscotti aziendali prodotti	Revisione indicatori Cruscotto Direzionale Elaborazione e invio report Cruscotto direzionale 1° semestre in data 31/7/2015 , Cruscotto 8 mesi in data 2/10/2015	N. Indicatori rivisti ( % partecipanti corsi Formazione esterna rispetto ai partecipanti previsti Piano , costo Consumi per struttura organizzativa, valore attività per struttura organizzativa, Ore lavorate, Ferie) N. Cruscotti aziendali prodotti 4 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	20

# BUDGET 2015

## S.S. Contabilità e Controllo di gestione

Responsabile: Dott.ssa Cristina Gheri

Adesione e facilitazione piano di accreditamento, qualità e sicurezza istituzionale	5%		Partecipazione agli obiettivi del Piano di Istituto	Indicatori del Piano di Istituto	tot. Procedure 2 (entrambe revisionate)	% raggiungimento obiettivi sicurezza 88,89% tot. Procedure 2 (entrambe revisionate) <b>Scostamento Ob/Mon: 5,6%</b>	94,4	4,7
Miglioramento clima interno	5%		Presentazione n. 2 azioni formali e verificabili, tese al miglioramento del clima interno, entro ottobre	Relazione a cura del Responsabile di CDR controfirmata da tutti i collaboratori	Elaborazione e invio di relazione con la presentazione di 3 azioni di miglioramento del clima interno <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	Elaborazione e invio di relazione con la presentazione di 3 azioni di miglioramento del clima interno <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Coordinamento amministrativo finanziamenti strategici	5%		Corretta imputazione dei costi di competenza e predisposizione rendicontazioni economiche	importo non riconosciuto/importo rendicontato n. rendicontazioni predisposte/n. rendicontazioni richieste	Relazione attività e rendiconto economico finanziario al 30/6 sui progetti strategici inviata a RT	Importo non riconosciuto/ Importo rendicontato =0/926220 N. Rendicontazioni predisposte/N. Rendicontazioni richieste = 1/1 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5

<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>
---------------	-------------

<b>% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI</b>	<b>100</b>
-----------------------------------	------------

### 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

### OSSERVAZIONI:

Il Direttore Amministrativo \_\_\_\_\_

Il Direttore Generale \_\_\_\_\_

Visto del Controllo di Gestione \_\_\_\_\_

Il Responsabile di CdR \_\_\_\_\_

Firenze,

COMPONENTI O.I.V.



# OBIETTIVI 2015

## Coordinamento Assistenziale e di Prevenzione

Dott.ssa Antonella Cipriani

### OBIETTIVI 2015

D.G.R.T. 48/2015, Decreto 2419 del 29/5/2015

STRATEGIE E PROGETTI REGIONALI	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2015	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2015	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Efficienza ed economicità	15%		Riduzione dei costi del servizio di archiviazione (applicazione prontuario di scarto) rispetto al 2014 Eliminazione documentazione sanitaria in deposito che ha superato i limiti di conservazione e disbrigo pratiche di smaltimento		Costo servizio di archiviazione Mq-lineari N° di documenti smaltiti/N° di documenti smaltibili da programmazione smaltimenti N° di nulla osta di smaltimento ottenuti dalla soprintendenza/N° di nulla osta richiesti	Inviata lettera alla Soprintendenza archivistica per smaltimento ricette (luglio). Ricevuto nulla osta per smaltimento (settembre). La Ditta ha proceduto allo smaltimento a settembre. Somministrato questionario Responsabili di S.C. per mappare il materiale archiviato.	N° di documenti smaltiti/N° di documenti smaltibili da programmazione smaltimenti 2/2 = 100% (Prot. 3976 e Prot. 4927) N° di nulla osta di smaltimento ottenuti dalla soprintendenza/N° di nulla osta richiesti = 100% <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	15
Semplificazione percorsi e comunicazione web	10%		Facilità di accesso alle informazioni e prenotazione servizi attraverso i siti web aziendali e processi di semplificazione rapporti con l'utenza	Predisposizione di scheda informativa sintetica sulle attività svolte/servizi offerti da pubblicare sul sito	Predisposizione scheda	Carta dei servizi contenente schede sintetiche delle attività svolte e pubblicata sul nuovo sito aziendale <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	Carta dei servizi aggiornata sul nuovo sito aziendale <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
	5%			Partecipazione alla revisione del sito all'interno del comitato di redazione	Template nuovo sito aziendale	Realizzato Template nuovo sito aziendale giugno 2015 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	Publicata nel sito Carta Servizi aggiornata <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Progetto Alto Rischio	15%	Resp: SC Senologia e SC Epidemiologia Molecolare Nutrizionale Coinvolti: SC Prevenzione Secondaria Screening, Coord. Ass e Prev e Coord. Tecnico Sanitario	Avvio percorso dedicato per lo screening di donne con alto rischio per tumore alla mammella su base ereditaria	A) Avvio attività ambulatoriale dedicata con consulenza genetica e triage per lo screening B) Progetto di riassetto regionale dello screening mammografico per donne ad alto rischio	A) Avvio attività B) Produzione del progetto	A)avvio attività 7 sett. 2015 -Donne da contattare 210: 156 rispondenti e somministrato questionario per triage 54 non rintracciate - avviata attività ambulatoriale B) nessun progetto	Trasmissione documento del progetto <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	15
Registro Tumori della Regione Toscana e dei sistemi di sorveglianza e monitoraggio regionali	15%	Resp: SC Ep Clin Desc Coinvolti: Coord Statistico	Sistematizzazione flussi previsti da DGRT 429/2013	Inserimento dati nel DB entro 3 mesi dal ricevimento sulla base della programmazione	Report di analisi	Report di analisi	Relazione Dr. Barchielli <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	15
Registro Mortalità della Regione Toscana	15%	Resp: SS Epidemiologia Ambientale Occupazionale e SS Infrastruttura Registri Coinvolti: Coord Ass Prev Coord Statistico	Restituzione mortalità 2013 (flusso regionale) con codifica Istat 100% di schede relative ai dati mortalità 2013 entro aprile 2016		% di schede relative ai dati di mortalità restituite alle Aziende Sanitarie RT con codifica ISTAT trasmesse da ISTAT	NV	Il personale sanitario ha svolto l'attività di codifica delle cause di morte presenti nel flusso regionale, ma non presenti nel flusso ISTAT <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	15
Certificazione di bilancio	5%		Predisposizione procedure per gestione, custodia, rilevazione giacenze di fine anno delle scorte di reparto entro ottobre-novembre		N° di procedure predisposte	Effettuata riorganizzazione dei magazzini a Villa delle Rose e Senologia Careggi	Procedura "Gestione e rilevazione giacenze beni economici e sanitari" redatta il 27/11/2015 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5

## OBIETTIVI 2015

Coordinamento Assistenziale e di Prevenzione									
Dott.ssa Antonella Cipriani									
Adesione e facilitazione piano di accreditamento, qualità e sicurezza istituzionale	10%		Partecipazione agli obiettivi del Piano di Istituto		Indicatori del Piano di Istituto N° di procedure approvate/revisionate	N° 10 procedure approvate	Tot. Procedure Accreditamento e Qualità 8 come struttura proponente, altre 8 come Struttura coinvolta Predisposizione Valutazione prevenzione cadute con Ing. Verdolini <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
Miglioramento clima interno	5%	Responsabili: SC e SS; Coinvolti: Coordinamenti interessati	Migliorare il clima interno alla SC, di concerto, ove previsto, con i Responsabili di Struttura interessati	Presentazione n. 2 azioni formali e verificabili, tese al miglioramento del clima interno, entro ottobre	Relazione a cura del Responsabile di CDR controfirmata da tutti i collaboratori	Relazione trasmessa <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	Relazione trasmessa <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	5%		Effettuazione di almeno 1 riunione complessiva di struttura ogni 3 mesi per analisi delle attività/monitoraggio budget	Coinvolgimento e formalizzazione attraverso verbali di riunioni	N° di riunioni di struttura con elenco sottoscritto dei partecipanti	2 riunioni effettuate	invio verbali 3 riunioni 18/9 16/10 11/12 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>						<b>% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI</b>	<b>100</b>	

**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

OSSERVAZIONI:

Il Direttore Sanitario \_\_\_\_\_

Il Direttore Generale \_\_\_\_\_

Visto del Controllo di Gestione \_\_\_\_\_

Il Responsabile di CdR \_\_\_\_\_

Firenze,

COMPONENTI O.I.V.

## OBIETTIVI 2015

**Posizione organizzativa: Coordinamento Statistico**

**Dott.ssa Patrizia Falini**

### OBIETTIVI 2015

**D.G.R.T. 48/2015, Decreto 2419 del 29/5/2015**

QUALITA' DELLE CURE	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.09.2015	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2015	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Riorganizzazione dei processi e della tempistica per la restituzione dei dati di competenza per screening e risultati	15%	Resp: SS CRRPO Coinvolti: SS Val Screen e Coord. Stat.	Estensione e adesione corretta per esclusioni pre-invito ed esclusioni post-invito rispettivamente - indicatore B5 bersaglio MES 100% dei dati elaborati rispetto ai dati ricevuti dalle ASL della RT (indicatori di estensione e adesione corretta per ciascun programma di screening) entro 31 maggio 2015		% di dati elaborati rispetto ai dati ricevuti dalle ASL della RT (indicatori di estensione e adesione corretta per ciascun programma di screening) inviati entro 31 maggio 2015	100% dei dati elaborati rispetto ai ricevuti Relazione inviata il 29.05.2015 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100% dei dati elaborati rispetto ai ricevuti Relazione inviata il 29.05.2015 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	15
Semplificazione percorsi e comunicazione web	2%		Facilità di accesso alle informazioni e prenotazione servizi attraverso i siti web aziendali e processi di semplificazione rapporti con l'utenza	Predisposizione di scheda informativa sintetica sulle attività svolte/servizi offerti da pubblicare sul sito	Predisposizione scheda	non inviata	Invio scheda informativa <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2
	3%			Partecipazione all'aggiornamento ordinario annuale sulla base delle richieste di aggiornamento del sito aziendale, fatti salvi gli interventi straordinari	n. aggiornamenti richiesti	nessun aggiornamento richiesto	Non presenti sul sito dati da aggiornare del Coordinamento statistico. Partecipazione all'aggiornamento degli altri CDR. <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	3
Registro Mortalità della Regione Toscana	15%	Resp: SS Epidemiologia Ambientale Occupazionale e SS Infrastruttura Registri Coinvolti: Coord Ass Prev Coord Statistico	Restituzione mortalità 2013 (flusso regionale) con codifica Istat 100% di schede relative ai dati mortalità 2013 entro aprile 2016	Effettuazione controlli di qualità sul 100% dei dati disponibili in relazione alla programmazione	% controlli effettuati nei tempi previsti dalla programmazione	N.V.	Il Coordinamento Statistico ha effettuato 100% controlli nei tempi previsti dalla programmazione <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	15
Registro Tumori della Regione Toscana	15%		Sistematizzazione flussi previsti da DGRT 429/2013	Elaborazione dei dati ai fini dell'analisi dei flussi rispetto alla programmazione (100%)	% di dati elaborati	N.V.	Relazione Responsabile Coordinamento Registri 100% dati elaborati <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	15
Capacità di ricerca: Monitoraggio e valutazione attività scientifica e di ricerca	10%		Partecipazione alla valutazione dell'attività scientifica e di ricerca effettuata dall'Istituto: monitoraggio dell'IF secondo gli indicatori aziendali (a livello complessivo aziendale e di singolo CdR)		<del>Nº di indicatori aziendali predisposti</del> Definizione metodologia calcolo indicatore (vedi deliberazione DG)	N.V.	Definizione della metodologia di calcolo dell'indicatore (vedi deliberazione DG) <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
Adesione e facilitazione piano di accreditamento, qualità e sicurezza istituzionale	10%		Partecipazione agli obiettivi del Piano di Istituto		Indicatori annoverati fra i requisiti dell'accreditamento istituzionale del percorso screening <del>Nº di procedure approvate/revisionate</del>		Indicatori annoverati fra i requisiti dell'accreditamento istituzionale del percorso screening: % inviti inesitati, Estensione; Adesione; Tempi invio risultato negativo I liv.; Adeguatezza I e II liv., tempi esec.ne appr.ti II liv. <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10

## OBIETTIVI 2015

<b>Posizione organizzativa: Coordinamento Statistico</b>									
<b>Dott.ssa Patrizia Falini</b>									

Partecipazione al cruscotto direzionale	15%		Monitoraggio bimestrale degli indicatori di competenza del cruscotto direzionale		N° invii indicatori di competenza	Elaborazione e invio dati gennaio giugno e gennaio agosto Andamenti tempi d'attesa ed estensione screening,	Elaborazione e invio dati bimestrali Andamenti tempi d'attesa ed estensione screening, approfondimenti <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	15
Miglioramento clima interno	5%	Responsabili: SC e SS; Coinvolti: Coordinamenti interessati	Migliorare il clima interno alla SC, di concerto, ove previsto, con i Responsabili di Struttura interessati	Partecipazione alla presentazione n. 2 azioni formali e verificabili delle SC/SS, tese al miglioramento del clima interno, entro ottobre	Controfirma delle relazioni delle SC/SS per le quali è stata coinvolto il coordinamento	nessun coinvolgimento	Controfirma delle relazioni delle SC Epidemiologia clinica <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	5%		Effettuazione di almeno 1 riunione complessiva di struttura ogni 3 mesi per analisi delle attività/monitoraggio budget	Coinvolgimento e formalizzazione attraverso verbali di riunioni	N° di riunioni di struttura con elenco sottoscritto dei partecipanti	riunione 11 settembre	verbali riunioni 11/9 5/10 10/12 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Eventi Formazione Esterna	5%		Programmazione/partecipazione in qualità di responsabile o relatore ad almeno 2 eventi		N° eventi	4 eventi <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	7 eventi <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5

<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>
---------------	-------------

<b>% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI</b>	<b>100</b>
-----------------------------------	------------

**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

**OSSERVAZIONI:**

**Il Direttore Sanitario** \_\_\_\_\_

**Il Direttore Generale** \_\_\_\_\_

**Visto del Controllo di Gestione** \_\_\_\_\_

**Il Responsabile di CdR** \_\_\_\_\_

Firenze,

**COMPONENTI O.I.V.**

\_\_\_\_\_

## OBIETTIVI 2015

<b>Coordinamento Tecnico Sanitario</b>  <b>Dott.ssa Eva Carnesciali</b>
---

### OBIETTIVI 2015

**D.G.R.T. 48/2015,  
Decreto 2419 del  
29/5/2015**

STRATEGIE E PROGETTI REGIONALI	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2015	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2015	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Estensione del programma regionale programma HPV Primario	15%	Resp.: S.C. Laboratorio di Prevenzione Oncologica Coinvolti: P.O. Coordinamento Assistenziale e di Prevenzione	Esecuzione del programma di screening basato sul test HPV primario nella coorte 55-64 delle donne residenti in tutte le aziende sul territorio regionale. Risultati pari almeno agli obiettivi regionali in ciascuna azienda.	Esecuzione dei test HPV primario (almeno 100.000) per la fascia di età prevista per tutte le aziende del SSR Implementazione al programma HPV 34-64 per almeno 3 aziende	Relazione entro l'anno N° di aziende per le quali è stato implementato l'HPV fascia 34-64	nessuna relazione trasmessa n. 3 Aziende con HPV come test primario	Relazione SC Laboratorio reg. prev. Onc. in cui si definisce che 3 Aziende (Firenze, Grosseto e Viareggio) hanno concluso la fase di implementazione per classi di età con HPV come test primario <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	15
Efficienza ed economicità	8%		Contenimento dei costi del servizio di gestione trasporti screening mammografico rispetto al 2014		Fatturato ASF	Fatturato ASF 2014 22579, 2015 ASF non ha ancora fatturato	Fatturato ASF 2014 € 22579, 2015 € 30324 <b>Scostamento Ob/Mon: 34,3%</b>	65,70	5
	10%		Contenimento giacenze per dispositivi mammotome		Giacenze finali	Giacenze finali Dispositivi Mammotome al 31/12/2014 90905 euro q.tà 594	Giacenze finali Dispositivi Mammotome (Sonda monouso mammotome) al 31/12/2014 q.tà 594, al 31/12/2015 q.tà 117	100	10

## OBIETTIVI 2015

<b>Coordinamento Tecnico Sanitario</b> <b>Dott.ssa Eva Carnesciali</b>									
Semplificazione percorsi e comunicazione web	2%		Facilità di accesso alle informazioni e prenotazione servizi attraverso i siti web aziendali e processi di semplificazione rapporti con l'utenza	Predisposizione di scheda informativa sintetica sulle attività svolte/servizi offerti da pubblicare sul sito		non inviata	Invio scheda informativa <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2
	2%			Aggiornamento ordinario annuale della quota di competenza del sito aziendale, fatti salvi gli interventi		0 aggiornamenti	N.V. Non presenti sul sito dati da aggiornare		
Progetto Alto Rischio	8%	Resp: SC Senologia e SC Epidemiologia Molecolare Nutrizionale. Coinvolti: SC Prevenzione Secondaria Screening, Coord. Ass e Prev e	Avvio percorso dedicato per lo screening di donne con alto rischio per tumore alla mammella su base ereditaria	A) Avvio attività ambulatoriale dedicata con consulenza genetica e triage per lo screening B) Progetto di riassetto regionale dello screening mammografico per donne ad alto rischio	A) Avvio attività B) Produzione del progetto	A)avvio attività 7 sett. 2015 -Donne da contattare 210: 156 rispondenti e somministrato questionario per triage 54 non rintracciate -avviata attività ambulatoriale B) nessun	A)Avvio attività 7 sett. 2015 B)Trasmissione documento del progetto  <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	8
Adesione e facilitazione piano di accreditamento, qualità e sicurezza istituzionale	5%		Partecipazione agli obiettivi del Piano di Istituto		Indicatori del Piano di Istituto N° di procedure approvate/revisionate	tot. Procedure 1 (procedura nuova)	Tot. Procedure Accreditamento e Qualità 1 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Certificazione di bilancio	5%		Predisposizione procedure per gestione, custodia, rilevazione giacenze di fine anno delle scorte di reparto entro Ottobre		N° di procedure predisposte	0	Procedura "Gestione e rilevazione giacenze beni economici e sanitari" redatta il 27/11/2015 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Capacità produttiva: attività radiologica	15%		Collaborazione ad incremento dei volumi di attività diagnostica radiologica erogata: Attività erogata media oraria Anno 2015 > Anno 2014		Volumi di attività erogata (con esclusione dei volumi effettuati in aggiuntiva)/ore lavorate	<b>2014</b> 2,5 1 sem.prestazioni l'ora, <b>2015</b> 2,3 prestazioni l'ora	<b>2014</b> 2,7 prestazioni l'ora, <b>2015</b> 2,9 prestazioni l'ora <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	15

## OBIETTIVI 2015

<b>Coordinamento Tecnico Sanitario</b> <b>Dott.ssa Eva Carnesciali</b>									
Capacità produttiva: attività di laboratorio	15%		Collaborazione ad incremento dei volumi di attività diagnostica di laboratorio erogata: Attività erogata media oraria Anno 2015 > Anno 2014		Volumi di attività erogata (con esclusione dei volumi effettuati in aggiuntiva)/ore lavorate	N.V.	volume attività di Laboratorio 2015 173356 2014 168713 Attività media oraria erogata tecnici laboratorio 2015 19,8 prestazioni l'ora, 2014 19,3 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	15
Miglioramento clima interno	5%	Responsabili : SC e SS; Coinvolti: Coordinamenti interessati	Migliorare il clima interno alla SC, di concerto, ove previsto, con i Responsabili di Struttura interessati	Presentazione n. 2 azioni formali e verificabili, tese al miglioramento del clima interno, entro ottobre	Relazione a cura del Responsabile di CDR controfirmata da tutti i collaboratori	nessuna relazione trasmessa	Presentazione azioni tese al miglioramento del clima interno in data 16/10/15 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	5%		Effettuazione di almeno 1 riunione complessiva di struttura ogni 3 mesi per analisi delle attività/monitoraggio budget	Coinvolgimento e formalizzazione attraverso verbali di riunioni	N° di riunioni di struttura con elenco sottoscritto dei partecipanti	nessun verbale trasmesso	Invio verbali riunioni 16/7,14/9 17/11 E 2/12/2015 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Studio TBS	5%		Effettuazione delle prestazioni legate al progetto TBS		N° di prestazioni effettuate per studio TBS	studio TBS 2015 2670 mammografie, 2014 739	studio TBS 2015 2674 mammografie, 2014 739 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
									95

# OBIETTIVI 2015





Coordinamento Tecnico Sanitario

Dott.ssa Eva Carnesciali

97

% RAGGIUNGIMENTO AL NETTO  
OBIETTIVI NON VALUTABILI

## 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

OSSERVAZIONI:

Il Direttore Sanitario \_\_\_\_\_ Il Direttore Generale \_\_\_\_\_

Il Responsabile del Controllo di Gestione \_\_\_\_\_ Il Responsabile di CdR \_\_\_\_\_

Firenze,

COMPONENTI O.I.V.

\_\_\_\_\_



## BUDGET 2015

S.C. Epidemiologia Clinico descrittiva e Registri

Responsabile: Dott. Marco Zappa f.f.

### OBIETTIVI 2015

D.G.R.T. 48/2015, Decreto 2419 del 29/5/2015

STRATEGIE E PROGETTI REGIONALI	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2015	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2015	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Capacità di ricerca: Impact Factor	5%		Percentuale specialità con IF medio maggiore dell'IF di specialità riportato da ISI >2014		Percentuale specialità con IF medio maggiore dell'IF di specialità riportato da ISI	NV	NV	N.V.	
QUALITA' DELLE CURE									
Riorganizzazione dei processi e della tempistica per la restituzione dei dati di competenza per screening e risultati	3%	Resp: SS CRRPO Coinvolti: SS Val Screen e Coord. Stat.	Estensione e adesione corretta per esclusioni pre-invito ed esclusioni post-invito rispettivamente - indicatore B5 bersaglio MES 100% dei dati elaborati rispetto ai dati ricevuti dalle ASL della RT (indicatori di estensione e adesione corretta per ciascun programma di screening) relativo al 2014 entro 31 maggio 2015	Raccolta ed elaborazione dati	% di dati elaborati rispetto ai dati ricevuti dalle ASL della RT (indicatori di estensione e adesione corretta per ciascun programma di screening) relativa inviati entro 31 maggio 2015	100% dei dati elaborati rispetto ai ricevuti Relazione inviata il 29.05.2015 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100% dei dati elaborati rispetto ai ricevuti Relazione inviata il 29.05.2015 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	3
Semplificazione percorsi e comunicazione web	2%		Facilità di accesso alle informazioni e prenotazione servizi attraverso i siti web aziendali e processi di semplificazione rapporti con l'utenza	Predisposizione di scheda informativa sintetica sulle attività svolte/servizi offerti da pubblicare sul sito	scheda informativa	ricognizione in corso delle attività svolte e dei servizi offerti; discussione scheda sintetica da pubblicare sul sito in area riservata alla SC Epidemiologia clinica	Invio scheda informativa <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2
	5%			Aggiornamento ordinario annuale della quota di competenza del sito aziendale, fatti salvi gli interventi straordinari	n. aggiornamenti	preparazione in corso materiale per l'aggiornamento del sito per quanto riguarda il registro tumori	2 aggiornamenti del sito Ispo (SC Epid.clinica e SS Infrastrutture e coord. Registri) <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5

## BUDGET 2015

### S.C. Epidemiologia Clinico descrittiva e Registri

**Responsabile: Dott. Marco Zappa f.f.**

Registro Tumori della Regione Toscana e dei sistemi di sorveglianza e monitoraggio regionali	25%	Resp: SC Ep Clin Desc Coinvolti: Coord Ass Prev Coord Statistico	Sistematizzazione flussi previsti da DGRT 429/2013	Verifica qualitativa (completezza e consistenza ) dei flussi pervenuti dalle aziende convenzionate per loro utilizzo per valutazioni di tipo epidemiologico Prime elaborazioni sui flussi ricevuti.	% di flussi arrivati analizzati rispetto a Flussi arrivati (obiettivo 95%). Entro fine 2015 disponibilità incidenza 2006-2008 area storica	OBIETTIVO realizzato parzialmente (in progress): vedi relazione	% di flussi arrivati analizzati rispetto a Flussi arrivati 100% Inserimento casistica incidenza 2006-2008 entro dicembre 2015 = 23541 nuovi casi + 5492 epiteliomi della cute <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	25
Registro Mortalità della Regione Toscana	5%	Resp: SS Epidemiologia Ambientale Occupazionale e SS Infrastruttura Registri Coinvolti: Coord Ass Prev Coord Statistico	Restituzione mortalità 2013 (flusso regionale) con codifica Istat 100% di schede relative ai dati mortalità 2013 entro aprile 2016		% di schede relative ai dati di mortalità restituite alle Aziende Sanitarie RT con codifica ISTAT trasmesse da ISTAT	N.V.	Dati restituiti alle Aziende il 16/5 <b>Scostamento Ob/Mon: 14%</b>	86	4,3
Capacità di ricerca: Impact Factor	10%		IF di struttura uguale (con oscillazione 10%) dell'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni		IF Anno 2015 > IF medio Anni 2012-2013-2014	N.V.	IF Anno 2015 111,89 (+ 10% 123,08) IF medio Anni 2012-2013-2014 143,73 <b>Scostamento Ob/Mon: 14,4%</b>	85,6	8,6
Capacità di ricerca giovani	5%	Coinvolti: Coordinamento Statistico	Articoli su riviste importanti con primo nome un ricercatore di età inferiore ai 40 anni		Almeno un articolo in cui un giovane ricercatore appare come primo nome su rivista con IF superiore a 5	articolo in fase di pubblicazione (Coll.amm.vo statistico).....Metastatic Prostate Cancer Incidence and Prostate-specific Antigen Testing..Eur Urol. 2015 Nov, 2015 Nov,	articolo Coll.amm.vo statistico.....Metastatic Prostate Cancer Incidence and Prostate-specific Antigen Testing..Eur Urol. 2015 Nov, 68(5):885-90 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Capacità di ricerca e Fund Raising	8%		Capacità di attrarre finanziamenti esterni attraverso partecipazione ai bandi di ricerca usciti nell'anno: presentazione di un numero uguale o maggiore di progetti rispetto ai bandi precedenti		N° di progetti presentati	Dr Zappa ha comunicato di aver presentato 5 Progetti presentati nel 2015, ma solo 1 progetto è stato comunicato all'Ufficio competente ; nel 2014 7 progetti	7 Progetti nel 2015,; 7 progetti nel 2014 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	8

## BUDGET 2015

### S.C. Epidemiologia Clinico descrittiva e Registri

**Responsabile: Dott. Marco Zappa f.f.**

Capacità di ricerca e fund raising	7%		Mantenimento del valore dei finanziamenti rispetto alla media del triennio precedente (con oscillazione del 10%)		Valore dei finanziamenti rapportato alla durata del finanziamento	N.V.	Valore finanziamenti progetti 2015 € 272388 Valore medio annuo 2012-2013-2014 € 507460 <b>Scostamento Ob/Mon: 41%</b>	59	4,1
Compartecipazione della ricerca finalizzata al funzionamento della struttura aziendale	10%		Rispetto della % di overhead prevista dal regolamento		% del valore degli overhead	N.V.	progetto di supporto valutazione piano prevenzione 2014_18 10% <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
Miglioramento clima interno	5%	Coinvolti: Coordinamenti interessati	Migliorare il clima interno alla SC, di concerto, ove previsto, con i Responsabili di Coordinamento interessati	Presentazione n. 2 azioni formali e verificabili, tese al miglioramento del clima interno, entro ottobre 2015	Relazione a cura del Responsabile di CDR controfirmata da tutti i collaboratori	verbale riunione del 20/10	Presentazione 2 azioni :verbali riunione del 20/10 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	5%		Effettuazione di almeno 1 riunione complessiva di struttura ogni 3 mesi per analisi delle attività/monitoraggio budget con partecipazione delle PO dei coordinamenti	Coinvolgimento e formalizzazione attraverso verbali di riunioni	N° di riunioni di struttura con elenco sottoscritto dei partecipanti	verbali riunioni del 14/7 e 20/10	verbali riunioni del 14/7 , 20/10 e 23/12 : tutte le riunioni sono state effettuate senza partecipazione dei coordinamenti delle PO <b>Scostamento Ob/Mon: 50%</b>	50	2,5

# BUDGET 2015

S.C. Epidemiologia Clinico descrittiva e Registri

Responsabile: Dott. Marco Zappa f.f.

Organizzazione di corsi di formazione di valenza nazionale consono alla funzione di gestori della banca dati Airtum e dell'Osservatorio Nazionale Screening	5%		Organizzare entro fine 2015 almeno 2 corsi utili al ruolo nazionale di ISPO di gestore della banca dati AIRTUM e dell'Osservatorio Nazionale Screening		N° corsi organizzati	2 Corsi:1)Corso teorico-pratico "Metodi epidemiologici applicati alla valutazione degli screening oncologici" il 13/11/2015, 2) Corso teorico-pratico "Principi e metodi di epidemiologia: i Registri Tumori 30/11/2015	2 Corsi:1)Corso teorico-pratico "Metodi epidemiologici applicati alla valutazione degli screening oncologici" il 13/11/2015, 2) Corso teorico-pratico "Principi e metodi di epidemiologia: i Registri Tumori 18/03/2016 posticipata la data con accordo Direzione <b>Scostamento Ob/ Mon: 0%</b>	100	5
---	----	--	--	--	----------------------	---	---	-----	---

<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>
---------------	-------------

87
----

**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

<b>% RAGGIUNGIMENTO AL NETTO OBIETTIVI NON VALUTABILI</b>	<b>92</b>
---	-----------

OSSERVAZIONI:

Il Direttore Sanitario \_\_\_\_\_

Il Direttore Generale \_\_\_\_\_

Visto del Controllo di Gestione \_\_\_\_\_

Il Responsabile di CdR \_\_\_\_\_

Firenze,

COMPONENTI O.I.V.

**BUDGET 2015**

**S.C. Epidemiologia Molecolare Nutrizionale**

**Responsabile: Dr. Domenico Palli**

**OBIETTIVI 2015**

**D.G.R.T. 48/2015, Decreto 2419 del 29/5/2015**

STRATEGIE E PROGETTI REGIONALI	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2015	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2015	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Capacità di ricerca: Impact Factor	5%		Percentuale specialità con IF medio maggiore dell'IF di specialità riportato da ISI >2014		Percentuale specialità con IF medio maggiore dell'IF di specialità riportato da ISI	N.V.	N.V.	N.V.	
Semplificazione percorsi e comunicazione web	5%		Facilità di accesso alle informazioni e prenotazione servizi attraverso i siti web aziendali e processi di semplificazione rapporti con l'utenza	Predisposizione di scheda informativa sintetica sulle attività svolte/servizi offerti da pubblicare sul sito	scheda informativa	non inviata	Scheda informativa non inviata <b>Scostamento Ob/Mon: 100%</b>	0	0
	5%			Aggiornamento ordinario annuale della quota di competenza del sito aziendale, fatti salvi gli interventi straordinari	n. aggiornamenti	4 aggiornamenti	6 aggiornamenti <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Progetto Alto Rischio	15%	Resp: SC Senologia e SC Epidemiologia Molecolare Nutrizionale Coinvolti: SC Prevenzione Secondaria Screening, Coord. Ass e Prev e Coord. Tecnico Sanitario	Avvio percorso dedicato per lo screening di donne con alto rischio per tumore alla mammella su base erodofamiliare	A) Avvio attività ambulatoriale dedicata con consulenza genetica e triage per lo screening B) Progetto di riassetto regionale dello screening mammografico per donne ad alto rischio	A) Avvio attività B) Produzione del progetto	A)avvio attività 7 sett. 2015 -Donne da contattare 210: 156 rispondenti e somministrato questionario per triage 54 non rintracciate -avviata attività ambulatoriale B) nessun progetto	Collaborazione parziale alla produzione del progetto  <b>Scostamento Ob/Mon: 20%</b>	80	12

**BUDGET 2015**

**S.C. Epidemiologia Molecolare Nutrizionale**

**Responsabile: Dr. Domenico Palli**

Capacità di ricerca: Fund Raising	20%		Capacità di attrarre finanziamenti esterni attraverso partecipazione ai bandi di ricerca usciti nell'anno: presentazione di un numero maggiore di progetti rispetto ai bandi precedenti		N° di progetti presentati	4 progetti presentati e 1 in corso nel 2015, 3 progetti nel 2014.	5 progetti presentati nel 2015, 3 nel 2014 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	20
	15%		Mantenimento del valore dei finanziamenti rispetto alla media del triennio precedente (con oscillazione del 10%)		Valore dei finanziamenti rapportato alla durata del finanziamento	N.V.	Valore finanziamenti progetti 2015 € 333886 Valore medio annuo 2012-2013-2014 € 286251 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	15
Compartecipazione della ricerca finalizzata al funzionamento della struttura aziendale	15%		Rispetto della % di overhead prevista dal regolamento		% del valore degli overhead	N.V.	Progetto Molecular epidemiology of male breast cancer in Tuscany 5% overhead, Progetto Dama -25 10% overhead <b>Scostamento Ob/Mon: 50%</b>	50	8
Adesione e facilitazione piano di accreditamento, qualità e sicurezza istituzionale	5%		Partecipazione agli obiettivi del Piano di Istituto		Indicatori del Piano di Istituto N° di procedure approvate/revisionate	0	N.V.	N.V.	
Miglioramento clima interno	5%	Coinvolti: Coordinamenti interessati	Migliorare il clima interno alla SC, di concerto, ove previsto, con i Responsabili di Coordinamento interessati	Presentazione n. 2 azioni formali e verificabili, tese al miglioramento del clima interno, entro ottobre	Relazione a cura del Responsabile di CDR controfirmata da tutti i collaboratori	non inviata	Relazione non inviata <b>Scostamento Ob/Mon: 100%</b>	0	0

**BUDGET 2015**

**S.C. Epidemiologia Molecolare Nutrizionale**

**Responsabile: Dr. Domenico Palli**

Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	5%		Effettuazione di almeno 1 riunione complessiva di struttura ogni 3 mesi per analisi delle attività/monitoraggio budget con partecipazione delle PO dei coordinamenti	Coinvolgimento e formalizzazione attraverso verbali di riunioni	N° di riunioni di struttura con elenco sottoscritto dei partecipanti	inviato verbale riunione 4 settembre 2015 ( non presenti PO Coordinamenti)	Inviato verbale riunione 4 settembre 2015 ( non coinvolti PO Coordinamenti) <b>Scostamento Ob/Mon: 100%</b>	0	0
Promozione iniziative di comunicazione alla popolazione	5%		Incontri con la popolazione su tematiche riguardanti gli stili di vita (almeno 4-3 incontri)		N° di incontri effettuati	3 incontri pubblici: 14 marzo 19 maggio 18 giugno	3 incontri pubblici: 14 marzo 19 maggio 18 giugno <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5

<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>
---------------	-------------

65
----

**% RAGGIUNGIMENTO AL NETTO  
OBIETTIVI NON VALUTABILI**

72
----

**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

**OSSERVAZIONI:**

**Il Direttore Sanitario** \_\_\_\_\_

**Il Direttore Generale** \_\_\_\_\_

**Visto del Controllo di Gestione** \_\_\_\_\_

**Il Responsabile di CdR** \_\_\_\_\_

Firenze,

**COMPONENTI O.I.V.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## BUDGET 2015

**S.S. Formazione, attività editoriali e comunicazione**

**Responsabile: Direttore Generale ad interim**

### OBIETTIVI 2015

D.G.R.T. 48/2015, Decreto 2419 del 29/5/2015

STRATEGIE E PROGETTI REGIONALI	Peso %	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2015	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2015	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Semplificazione percorsi e comunicazione web	35%	Facilità di accesso alle informazioni e prenotazione servizi attraverso i siti web aziendali e processi di semplificazione rapporti con l'utenza	Realizzazione nuovo design e monitoraggio analisi contenuti nuovo sito Ispo	Template periodici sullo stato d'avanzamento dei lavori	Template periodici sullo stato d'avanzamento dei lavori	Template periodici sullo stato d'avanzamento dei lavori <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	35
Facilitazione incontri di Istituto per informazioni di competenza	10%	Presentazione delle informazioni di competenza durante gli incontri di Istituto		N° presentazioni effettuate/N° incontri di Istituto nei quali è richiesta la presentazione di informazioni	Presentazione nuovo sito ISPO Ufficio di Direzione del 3/7/2015	Presentazione nuovo sito ISPO Ufficio di Direzione del 3/7/2015 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	5%	Effettuazione di almeno 1 riunione complessiva di struttura ogni 3 mesi per analisi delle attività/monitoraggio budget		N° di riunioni di struttura con elenco sottoscritto dei partecipanti (format MdQ) % di adesione del personale alle riunioni	Riunione per il coinvolgimento degli operatori agli obv budget il 2/9/2015	Riunioni 2/9 e 18/11/2015 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Gestione del piano di formazione esterna	15%	Gestione del 100% degli eventi previsti nel Piano 2015 e stesura di una prima bozza di eventi da realizzarsi nel 2016		% eventi realizzati rispetto a quelli previsti (con esclusione di eventuali eventi annullati dal Resp. Scientifico dell'evento o dalla Direzione) Presentazione prima bozza alla Direzione	% eventi realizzati rispetto a quelli previsti (al 30/9) 100% ( 36,1% su totale anno) Nessuna bozza	% eventi realizzati rispetto a quelli previsti 100% (23 eventi previsti, 16 eventi realizzati, 7 annullati dalla Direzione) Delibera DG n. 294 del 24/12/15 Piano Eventi Scientifici <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	15
Realizzazione eventi di comunicazione aziendale	15%	Supporto alla realizzazione di eventi di comunicazione		n. eventi realizzati/n. eventi da realizzare	2 eventi di comunicazione (amianto)	2 eventi di comunicazione (amianto) <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	15
Adesione e facilitazione piano di accreditamento, qualità e sicurezza istituzionale	5%	Partecipazione agli obiettivi del Piano di Istituto		Indicatori del Piano di Istituto	1 procedura nuova	Nessuna prescrizione per la sicurezza 4 procedure <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Miglioramento immagine aziendale	10%	Predisposizione proposte migliorative dell'immagine aziendale		Documento con almeno 3 proposte	Nessun documento trasmesso	Delibera DG n. 301 del 30/12/2015 Approvazione Piano di Comunicazione anno 2016 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10



## BUDGET 2015

**S.S. Formazione, attività editoriali e comunicazione**

**Responsabile: Direttore Generale ad interim**

Rendicontazione regionale Piano Formazione Esterna 2014	5%	Predisposizione Relazione analitica sull'attività svolta nell'anno 2014 entro Luglio 2015		Data di presentazione della Relazione alla Direzione Generale	Predisposizione Relazione Scostamento Ob/Mon: 0%	Predisposizione Relazione Eventi Scientifici Ispo 2014 18.6.2015 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
---	----	---	--	---	---	---	-----	---

<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>
---------------	-------------

<b>% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI</b>	<b>100</b>
-----------------------------------	------------

**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

**OSSERVAZIONI:**

Visto del Controllo di Gestione \_\_\_\_\_

Il Direttore Generale \_\_\_\_\_

Firenze,

COMPONENTI O.I.V.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## BUDGET 2015

S.C. Gestione Coordinamento Processi di Integrazione Aree Amministrativa e Tecnico Scientifica e supporto amministrativo ITT

### OBIETTIVI 2015

D.G.R.T. 48/2015, Decreto 2419 del 29/5/2015

STRATEGIE E PROGETTI REGIONALI	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2015	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2015	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Efficienza ed economicità	25%		Riduzione dei costi del servizio di archiviazione (applicazione prontuario di scarto) rispetto al 2014 Riduzione dei costi di energia rispetto al 2014 Riduzione costi telefonia rispetto al 2014	Costo servizio di archiviazione Mq lineari Costi energia elettrica e gas Costi telefonia	costo servizio archiviazione mq lineari 9 mesi 2015 € 17131, totale anno 2014 € 22678,48 costo energia elettrica stima 9 mesi 2015 92,611, totale anno 2014 116.259 costo telefonia 9 mesi 2015 50.455 totale anno 2014 89.704 stima costo gas 9 mesi 2015 54.502 totale anno 2014 71.464	costo servizio archiviazione mq lineari 2015 € 23565,37, 2014 € 22678,48 costo energia elettrica 2015 € 130000, 2014 116.259 costo telefonia 2015 91,000, 2014 89.704 <b>Scostamento Ob/Mon: 7%</b>	93	23
Investimenti	20%		1) Rispetto del Piano Investimenti approvato 2) Individuazione nei Piani di investimento di interventi atti a ridurre i costi per l'energia 3) Alimentazione del flusso informativo Monitoraggio delle grandi apparecchiature	1) N° di acquisizioni previste nel Piano Investimenti ed effettuate/N° di acquisizioni previste 2) Individuazione nei Piani di investimento di interventi atti a ridurre i costi per l'energia 3) Alimentazione del flusso informativo Monitoraggio delle grandi apparecchiature	1) inviato " Monitoraggio stato d'avanzamento Piano Investimenti" 100% al 30/9 3) al 30/9 non presenti grandi apparecchiature in ISPO	1) inviato " Monitoraggio stato d'avanzamento Piano Investimenti" 100% 2) la sede Ispo non è di proprietà e inoltre eventuali azioni di contenimento sono demandate ad Estar 3) non presenti grandi apparecchiature in ISPO <b>Scostamento Ob/ Mon: 0%</b>	100	20
Facilitazione incontri di Istituto per informazioni di competenza	10%		Presentazione delle informazioni di competenza durante gli incontri di Istituto	N° presentazioni effettuate/N° incontri di Istituto nei quali è richiesta la presentazione di informazioni	Presentazione normativa Privacy in Ufficio di Direzione	Presentazione normativa Privacy in Ufficio di Direzione <b>Scostamento Ob/ Mon: 0%</b>	100	10
Certificazione di bilancio	25%		Passaggio gestione cespiti su Cepas entro Settembre Predisposizione procedure di competenza entro Dicembre	Inserimento e gestione cespiti su Cepas N° di procedure prodotte		Nessun inserimento e gestione cespiti su Cepas causa ritardi Estar Nessuna procedura di competenza N.V.	N.V.	
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	5%		Effettuazione di almeno 1 riunione complessiva di struttura ogni 3 mesi per analisi delle attività/monitoraggio budget	N° di riunioni di struttura con elenco sottoscritto dei partecipanti (format MdQ) % di adesione del personale alle riunioni	nessun verbale trasmesso	nessun verbale trasmesso Scostamento Ob/Mon:100%	0	0
Miglioramento clima interno	5%		Presentazione n. 2 azioni formali e verificabili, tese al miglioramento del clima interno, entro ottobre	Relazione a cura del Responsabile di CDR controfirmata da tutti i collaboratori	nessuna relazione trasmessa	nessuna relazione trasmessa Scostamento Ob/Mon:100%	0	0

## BUDGET 2015

**S.C. Gestione Coordinamento Processi di Integrazione Aree Amministrativa e Tecnico Scientifica e supporto amministrativo ITT**

Adesione e facilitazione piano di accreditamento, qualità e sicurezza istituzionale	10%		Partecipazione agli obiettivi del Piano di Istituto	Indicatori del Piano di Istituto	tot. Procedure 2 ( revisionate al 30/9/2015)	% raggiungimento obiettivi sicurezza 88,89% tot. Procedure 2 <b>Scostamento Ob/Mon: 5,6%</b>	94,45	9
---	-----	--	---	----------------------------------	--	--	-------	---

<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>							<b>62</b>
---------------	-------------	--	--	--	--	--	--	-----------

<b>% RAGGIUNGIMENTO AL NETTO OBIETTIVI NON VALUTABILI</b>	<b>83</b>
---	-----------

**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

OSSERVAZIONI:

**Il Direttore Amministrativo** \_\_\_\_\_

**Il Direttore Generale** \_\_\_\_\_

**Visto del Controllo di Gestione** \_\_\_\_\_

**Il Responsabile di CdR** \_\_\_\_\_

Firenze,

COMPONENTI O.I.V.

# BUDGET 2015

S.C. Laboratorio di Prevenzione Oncologica

Responsabile: Dott. Massimo Confortini

## OBIETTIVI 2015

D.G.R.T. 48/2015, Decreto 2419

del 29/5/2015

STRATEGIE E PROGETTI REGIONALI	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2015	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2015	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Efficienza ed economicità	2%		Riduzione 1-5% del rapporto % fra consumo beni, servizi e personale (dipendente e l.p.) e valore della produzione rispetto all'anno 2014 Contenimento giacenze finali di reparto		Valore dei beni di consumo, servizi e personale/Valore attività sanitaria*100-Volume attività Valore delle giacenze al 31.12	Valore giacenze finali al 31/12/2014 43.000 euro	Valore beni, servizi e personale/ volume attività 2015 10,29 2014 10,40 Valore giacenze finali al 31.12.2014 € 43.000 al 31.12.2015 € 42.199 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2
Estensione del programma regionale programma HPV Primario	20%	Resp.: S.C. Laboratorio di Prevenzione Oncologica Coinvolti: P.O. Coordinamento Assistenziale e di Prevenzione P.O. Coordinamento Tecnico Sanitario	Esecuzione del programma di screening basato sul test HPV primario nella coorte 55-64 delle donne residenti in tutte le aziende sul territorio regionale. Risultati pari almeno agli obiettivi regionali in ciascuna azienda.	Attivazione per l'esecuzione dei test HPV primario (almeno 100.000) per la fascia di età prevista per tutte le aziende del SSR Implementazione al programma HPV 34-64 per almeno 3 aziende	Relazione entro l'anno N° di aziende per le quali è stato implementato l'HPV fascia 34-64	nessuna relazione trasmessa n. 3 Aziende con HPV come test primario	Invio relazione in cui si definisce che 3 Aziende (Firenze, Grosseto e Viareggio) hanno concluso la fase di implementazione per classi di età con HPV come test primario <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	20
Capacità di ricerca: Impact Factor	2%		Percentuale specialità con IF medio maggiore dell'IF di specialità riportato da ISI >2014		Percentuale specialità con IF medio maggiore dell'IF di specialità riportato da ISI	N.V.	N.V.	N.V.	

# BUDGET 2015

## S.C. Laboratorio di Prevenzione Oncologica

Responsabile: Dott. Massimo Confortini

Rischio Clinico	5%		Tre audit clinici e sei M&M GRC all'anno con elaborazione di un alert report finale	Realizzazione di tre audit clinici e di sei M&M GRC all'anno con elaborazione di un alert report finale (redatto secondo le indicazioni del centro GRC)	Valutazione documenti che certificano la realizzazione degli incontri e attestano l'effettiva realizzazione degli incontri	1 M&M, 1 Audit	5 AUDIT 6 M&M <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Farmaceutica e dispositivi	2%		Riduzione 1-5% del rapporto % fra consumo beni e valore della produzione rispetto all'anno 2014		Valore dei beni di consumo/Valore attività sanitaria*100		Incremento Valore dei beni di consumo/Valore attività sanitaria*100 2014: 27%, 2015: 29% <b>Scostamento Ob/Mon: 7,4%</b>	92,6	1,9
Semplificazione percorsi e comunicazione web	2%		Facilità di accesso alle informazioni e prenotazione servizi attraverso i siti web aziendali e processi di semplificazione rapporti con l'utenza	Predisposizione di scheda informativa sintetica sulle attività svolte/servizi offerti da pubblicare sul sito	scheda informativa	non inviata	scheda trasmessa <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2
	2%			Aggiornamento ordinario annuale della quota di competenza del sito aziendale, fatti salvi gli interventi straordinari	n. aggiornamenti	1 aggiornamento	2 aggiornamenti <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2
Tempi di attesa per invio referto negativo screening cervicce	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 cervicce Pap-test	91,3% entro 30 gg (Gennaio Giugno 2015)	91 % entro 30 gg <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	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	100% entro 15 gg (Gennaio Giugno 2015)	100% entro 15 gg <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5

# BUDGET 2015

## S.C. Laboratorio di Prevenzione Oncologica

Responsabile: Dott. Massimo Confortini

Capacità di ricerca: Impact Factor	5%		IF di struttura maggiore (o uguale) dell'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni		IF Anno 2015 $\geq$ IF medio Anni 2012-2013-2014	N.V.	IF Anno 2015 57,49 > IF medio Anni 2012-2013-2014 45,94 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Capacità produttiva	20%		Incremento dei volumi di attività erogata (screening ed extra-screening): Volumi di attività erogata Anno 2015 > Anno 2014		Volumi di attività erogata	Attività Gennaio Settembre 2015 2014 (+5%)	Totale Attività 2015 173356 2014 168713 (+3%) <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	20
Adesione e facilitazione piano di accreditamento, qualità e sicurezza istituzionale	5%		Partecipazione agli obiettivi del Piano di Istituto		Indicatori del Piano di Istituto N° di procedure approvate/revisionate	nessuna procedura approvata/revisiionata	Tot. Procedure Accreditemento e Qualità 2, Nessuna prescrizione sicurezza <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Certificazione di bilancio	5%		Predisposizione procedure per gestione, custodia, rilevazione giacenze di fine anno delle scorte di reparto entro ottobre novembre		N° di procedure predisposte	Nessuna procedura prodotta	Procedura "Gestione e rilevazione giacenze beni economici e sanitari" redatta il 27/11/2015 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	5%		Effettuazione di almeno 1 riunione complessiva di struttura ogni 3 mesi per analisi delle attività/monitoraggio budget con partecipazione delle PO dei coordinamenti	Coinvolgimento e formalizzazione attraverso verbali di riunioni	N° di riunioni di struttura con elenco sottoscritto dei partecipanti	Invio verbale Riunione SC 8/7/2015 (senza PO Coordinamenti)	Verbali Riunione SC 24/7 con delegato PO Coordinamenti , 11/11/2015 con PO Coordinamenti <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Miglioramento clima interno	5%	Coinvolti: Coordinamenti interessati	Migliorare il clima interno alla SC, di concerto, ove previsto, con i Responsabili di Coordinamento interessati	Presentazione n. 2 azioni formali e verificabili, tese al miglioramento del clima interno, entro ottobre 2015	Relazione a cura del Responsabile di CDR controfirmata da tutti i collaboratori	Invio verbale riunione clima interno con proposte 24/9/2015	Invio verbale riunione clima interno con proposte 24/9/2015 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5

# BUDGET 2015

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

**Responsabile: Dott. Massimo Confortini**

Miglioramento rapporto costi del personale (biologi) rispetto ai volumi di produzione	5%		Migliorare il rapporto fra costi del personale dip e lp biologo e volumi di produzione rispetto al 2014		Costo del personale biologo/volumi di attività	costi personale dipendente e lp/volumi prestazioni 2014 : 5,57 € a prestazione 2015 : 5,98 € a prestazione	Costo del personale biologo/volumi di attività (escluso costo e attività Direttore SC e SS ) 2014 : 4,8 € a prestazione 2015 : 4,6 € a prestazione <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
---	----	--	---	--	--	--	---	-----	---

<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>
---------------	-------------

<b>98</b>
-----------

**% RAGGIUNGIMENTO AL NETTO OBIETTIVI NON VALUTABILI**

<b>100</b>
------------

**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

**OSSERVAZIONI:**

**Il Direttore Sanitario** \_\_\_\_\_

**Il Direttore Generale** \_\_\_\_\_

**Visto del Controllo di Gestione** \_\_\_\_\_

**Il Responsabile di CdR** \_\_\_\_\_

Firenze,

**COMPONENTI O.I.V.**

# BUDGET 2015

**S.C. Prevenzione Secondaria Screening**

**Responsabile: Dott.ssa Paola Mantellini f.f.**

## OBIETTIVI 2015

D.G.R.T. 48/2015, Decreto 2419 del 29/5/2015

STRATEGIE E PROGETTI REGIONALI	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2015	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2015	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Efficienza ed economicità	2%		Riduzione 1-5% del rapporto % fra consumo beni, servizi e personale (dipendente) e valore della produzione rispetto all'anno 2014 Contenimento giacenze finali di reparto		Valore dei beni di consumo, servizi e personale/Valore attività sanitaria*100 Valore delle giacenze al 31.12	Indicatore 2015 108%, 2014 119% Valore giacenze finali al 31/12/2014 Euro 171.898	Indicatore 2015 94%, 2014 119% Valore giacenze finali al 31.12.2014 € 171.898 al 31.12.2015 € 96.982 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2
Potenziamento della rete informatica e strumenti di telemedicina: prescrizione medica	5%		Prescrizione elettronica per la specialistica >= 80% Dematerializzazione ricette specialistiche 50%		% prescrizioni elettroniche per la specialistica su totale prescrizioni effettuate anno precedente 125,8% prescrizioni dematerializzate al 31/12	% Prescrizioni elettroniche per la specialistica su totale prescrizioni effettuate anno precedente 125,8%. Prescrizioni dematerializzate 0	% Prescrizioni elettroniche per la specialistica su totale prescrizioni effettuate anno precedente 122,4 %. <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Capacità di ricerca: Impact Factor	2%		Percentuale specialità con IF medio maggiore dell'IF di specialità riportato da ISI >2014		Percentuale specialità con IF medio maggiore dell'IF di specialità riportato da ISI	N.V.	N.V.	N.V.	
Rischio Clinico	5%		Almeno tre audit clinici e di sei M&M GRC all'anno con elaborazione di un alert report finale	Realizzazione di almeno tre audit clinici e di sei M&M GRC all'anno con elaborazione di un alert report finale (redatto secondo le indicazioni del centro GRC)	Valutazione documenti che certificano la realizzazione degli incontri e attestare l'effettiva realizzazione degli incontri	3 M&M	0 AUDIT, 8 M&M II Responsabile CDR ha dichiarato che non ci sono stati eventi critici richiedenti la realizzazione di audit clinici <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Farmaceutica e dispositivi	5%		Riduzione 1-5% del rapporto % fra consumo beni e valore della produzione rispetto all'anno 2014		Valore dei beni di consumo/Valore attività sanitaria*100	Indicatore Consumi Dispositivi e farmaci : 2014: 17%, 2015: 10%	Indicatore Consumi Dispositivi e farmaci : 2014: 15%, 2015: 8% <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Semplificazione percorsi e comunicazione web	2%		Facilità di accesso alle informazioni e prenotazione servizi attraverso i siti web aziendali e processi di semplificazione rapporti con l'utenza	Predisposizione di scheda informativa sintetica sulle attività svolte/servizi offerti da pubblicare sul sito	scheda informativa	non inviata	scheda trasmessa <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2
	2%			Aggiornamento ordinario annuale della quota di competenza del sito aziendale, fatti salvi gli interventi straordinari	n. aggiornamenti	7 aggiornamenti	9 aggiornamenti <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2



# BUDGET 2015

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

QUALITA' DELLE CURE										
Percorso oncologico: risultati screening Regione Toscana	15%	Coinvolti: Coord Tec San	Estensione e adesione corretta per esclusioni pre-invito ed esclusioni post-invito per ASF	Estensione screening mammografico 100% Estensione screening colorettales 100% Estensione screening cervice 100% Adesione screening mammografico > rispetto a 2014 Adesione screening colorettales > rispetto a 2014 Adesione screening cervice > rispetto a 2014	% di estensione e adesione agli screening	al 31 agosto 2015 Screening mammografico 57,8 % Estensione , 64,6 % Adesione Screening colorettales, Estensione 59,5 % Adesione 43,8 % Screening Cervice Estensione 73,4 % Adesione 52,1 %	Screening mammografico. 2015 Estensione 91,1 % , Adesione 71,2 % 2014 Adesione 73,3 % Screening Cervice 2015 Estensione 89,9 % Adesione 66,4 % 2014 Adesione 60,2 % Screening colorettales, 2015 Estensione 102,9 % Adesione 53,1 % 2014 Adesione 51,5 % <b>Scostamento Ob/Mon: 0,9 %</b>	99,1	14,9	
Riorganizzazione dei processi e della tempistica per la restituzione dei dati di competenza per screening e risultati	12%	Resp: SS CRRPO Coinvolti: SS Val Screen e Coord Stat	Estensione e adesione corretta per esclusioni pre-invito ed esclusioni post-invito rispettivamente - indicatore B5 bersaglio MES 100% dei dati elaborati rispetto ai dati ricevuti dalle ASL della RT (indicatori di estensione e adesione corretta per ciascun programma di		% di dati elaborati rispetto ai dati ricevuti dalle ASL della RT (indicatori di estensione e adesione corretta per ciascun programma di screening) relativi al 2014 inviati entro maggio 2015	100% dei dati elaborati rispetto ai ricevuti Relazione inviata il 29.05.2015 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100% dei dati elaborati rispetto ai ricevuti Relazione inviata il 29.05.2015 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	12	
Progetto Alto Rischio	3%	Resp: SC Senologia e SC Epidemiologia Molecolare Nutrizionale Coinvolti: SC Prevenzione Secondaria	Avvio percorso dedicato per lo screening di donne con alto rischio per tumore alla mammella su base ereditaria	A) Avvio attività ambulatoriale dedicata con consulenza genetica e triage per lo screening B) Progetto di riassetto regionale dello screening mammografico per donne ad alto rischio	A) Ri-avvio attività di consulenza con Careggi entro ottobre B) Produzione del progetto	A)avvio attività 7 sett. 2015 Donne da contattare 210:156 rispondenti e somministrato questionario per triage 54 non rintracciate B) nessun progetto	Collaborazione parziale alla produzione del progetto <b>Scostamento Ob/Mon: 20%</b>	80	2	
Tempi di attesa per invio referto negativo screening mammografico	10%		Contenimento dei tempi di attesa per invio referto negativo entro i limiti previsti da ONS (accettabile il 90% entro 21 gg)		Tempo di attesa invio referto negativo screening mammografico	62,8% entro 21 gg (Gennaio Luglio 2015)	75,17 % entro 21 gg: raggiungimento al 100% in considerazione del miglioramento rispetto al 2014 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10	
Capacità di ricerca: Impact Factor	5%		IF di struttura maggiore (o uguale) dell'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni		IF Anno 2015 > IF medio Anni 2012-2013-2014	NV	IF Anno 2015 <b>43,33</b> > IF medio Anni 2012-2013-2014 <b>23,73</b> <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5	
Capacità produttiva	12%		Incremento dei volumi di attività erogata (screening ed extra-screening): Volumi di attività erogata Anno 2015 > Anno 2014		Volumi di attività erogata	Attività Gennaio Settembre 2015 48623 Attività Gennaio Settembre 2014 49137 (- 1%)	<b>Attività Screening (incluso approfondimenti)</b> Gennaio Dicembre 2015 62318 Gennaio Dicembre 2014 62218 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	12	
Certificazione di bilancio	5%		Predisposizione procedure per gestione, custodia, rilevazione giacenze di fine anno delle scorte di reparto entro ottobre novembre		N° di procedure predisposte	Nessuna procedura prodotta	Procedura "Gestione e rilevazione giacenze beni economici e sanitari" redatta il 27/11/2015 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5	

# BUDGET 2015

## S.C. Prevenzione Secondaria Screening

Responsabile: Dott.ssa Paola Mantellini f.f.

Adesione e facilitazione piano di accreditamento, qualità e sicurezza istituzionale	5%		Partecipazione agli obiettivi del Piano di Istituto		Indicatori del Piano di Istituto N° di procedure approvate/revisionate	Tot. Procedure Accreditemento e Qualità 3 (di cui una nuova e 2 revisionate).	% raggiungimento obiettivi sicurezza 87,15% Tot. Procedure Accreditemento e Qualità 4 <b>Scostamento Ob/Mon: 6,4%</b>	93,6	5
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	5%		Effettuazione di almeno 1 riunione complessiva di struttura ogni 3 mesi per analisi delle attività/monitoraggio budget con partecipazione delle PO dei coordinamenti	Coinvolgimento e formalizzazione attraverso verbali di riunioni	N° di riunioni di struttura con elenco sottoscritto dei partecipanti	Verbale riunione del 7/7, Verbale riunione 21/9	Verbal riunione del 7/7, 21/9 e 2/11 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Miglioramento clima interno	5%	Coinvolti: Coordinamenti interessati	Migliorare il clima interno alla SC, di concerto, ove previsto, con i Responsabili di Coordinamento interessati	Presentazione n. 2 azioni formali e verificabili, tese al miglioramento del clima interno, entro ottobre	Relazione a cura del Responsabile di CDR controfirmata da tutti i collaboratori	Relazione inviata riunione 7/7 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	Relazione inviata: verbale riunione 7/7 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5

<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>			97
---------------	-------------	--	--	----

**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 AL NETTO  
OBIETTIVI NON VALUTABILI**

99
----

**OSSERVAZIONI:**

Il Direttore Sanitario \_\_\_\_\_ Il Direttore Generale \_\_\_\_\_

Visto del Controllo di Gestione \_\_\_\_\_ Il Responsabile di Cdr \_\_\_\_\_

Firenze,

COMPONENTI O.I.V.

\_\_\_\_\_

# BUDGET 2015

S.C. Senologia

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

## OBIETTIVI 2015

D.G.R.T. 48/2015, Decreto 2419  
del 29/5/2015

STRATEGIE E PROGETTI REGIONALI	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2015	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2015	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Efficienza ed economicità	3%		Riduzione 1-5% del rapporto % fra consumo beni, servizi e personale (dipendente) e valore della produzione rispetto all'anno 2014 Contenimento giacenze finali di reparto		Valore dei beni di consumo, servizi e personale/Valore attività sanitaria*100 Valore delle giacenze al 31.12	Indicatore 2015 100,6 %, 2014 97,4% Valore giacenze finali al 31/12/2014 Euro 21.907	Indicatore gennaio agosto 2015 86 %, 2014 97,4% Valore giacenze finali al 31/12/2015 € 11.936; al 31/12/2014 € 21.907 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	3
Potenziamento della rete informatica e strumenti di telemedicina: prescrizione medica	15%		Prescrizione elettronica per la specialistica >= 80% dematerializzazione ricette specialistiche 50%		% prescrizioni elettroniche per la specialistica su totale prescrizioni effettuate % prescrizioni dematerializzate al 31/12	0 Prescrizioni elettroniche per la specialistica (in attesa intervento Estar), 0 Prescrizioni dematerializzate	N.V. la Direzione ha rimandato l'integrazione NSEN-SIRE3 in attesa dell'avvio del Ris Pacs	N.V.	
Rischio Clinico	5%		Almeno tre audit clinici e di sei M&M GRC all'anno con elaborazione di un alert report finale		Valutazione documenti che certificano la realizzazione degli incontri e attestare l'effettiva realizzazione degli incontri	1 Audit, 4 M&M	3 AUDIT 7 M&M <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Semplificazione percorsi e comunicazione web	3%		Facilita di accesso alle informazioni e prenotazione servizi attraverso i siti web aziendali e processi di semplificazione rapporti	Predisposizione e di scheda informativa sintetica sulle attività svolte/servizi	scheda informativa	scheda trasmessa	scheda trasmessa <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	3
	2%			Aggiornamento ordinario annuale della quota di competenza del sito aziendale, fatti salvi gli interventi straordinari	n. aggiornamenti	0 aggiornamenti	N.V. Non presenti sul sito dati da aggiornare	N.V.	

# BUDGET 2015

S.C. Senologia									
Responsabile: Dr. Beniamino Brancato									
Progetto Alto Rischio	10%	Resp: SC Senologia e SC Epidemiologia Molecolare Nutrizionale Coinvolti: SC Prevenzione Secondaria Screening, Coord. Ass e Prev e Coord. Tecnico Sanitario	Avvio percorso dedicato per lo screening di donne con alto rischio per tumore alla mammella su base eredofamiliare	A) Avvio attività ambulatoriale dedicata con consulenza genetica e selezione donne a rischio B) Progetto di riassetto regionale dello screening mammografico per donne ad alto rischio	A) Ri-avvio attività di consulenza con Careggi entro ottobre B) Produzione del progetto	A)avvio attività 7 sett. 2015 -Donne da contattare 210: 156 rispondenti e somministrato questionario per triage 54 non rintracciate -avviata attività ambulatoriale B) nessun progetto	A) Riavvio attività di consulenza con Careggi entro ottobre B) Collaborazione parziale alla produzione del progetto  <b>Scostamento Ob/Mon: 10%</b>	90	9
Adesione e facilitazione piano di accreditamento, qualità e sicurezza istituzionale	5%		Partecipazione agli obiettivi del Piano di Istituto		Indicatori del Piano di Istituto N° di procedure approvate/revisionate	Procedure Accreditamento e Qualità: 1 procedura approvata al 30/9/2015	Tot. Procedure Accreditamento e Qualità 1 Nessuna prescrizione di sicurezza <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Continuità assistenziale ospedale territorio	10%	Coinvolto: SS Centro di Riabilitazione e Oncologica	Attivazione percorso di continuità per la mammella con AOU Careggi e ASF	Strutturazione del percorso e primi risultati. Integrazione strutturata con follow up AOUC e ASF	Stesura protocollo	progetto sospeso da Regione Toscana	N.V.progetto sospeso da Regione Toscana	N.V.	
Capacità produttiva	20%		Incremento dei volumi di attività erogata: Volumi di attività erogata Anno 2015 > Anno 2014		Volumi di attività erogata (con esclusione dei volumi effettuati in aggiuntiva e proporzionata al tempo effettivamente dedicato all'attività clinica)	Attività Gennaio Settembre 2015 27993 Attività Gennaio Settembre 2014 27121 (+ 3%) inclusa attività aggiuntiva	In seguito alla fase di installazione mammografi e training si considera l'attività di 8 mesi e la riduzione causata dall'assenza di un medico : Gennaio Agosto 2015 22. 484 2014 22.026 (+ 2%) <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	20
Certificazione di bilancio	5%		Predisposizione procedure per gestione, custodia, rilevazione giacenze di fine anno delle scorte di reparto entro ottobre novembre		N° di procedure predisposte	Nessuna procedura prodotta	Procedura "Gestione e rilevazione giacenze beni economici e sanitari" redatta il 27/11/2015 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	5%		Effettuazione di almeno 1 riunione complessiva di struttura ogni 3 mesi per analisi delle attività/monitoraggio budget con partecipazione delle PO dei coordinamenti	Coinvolgimento e formalizzazioni e attraverso verbali di riunioni	N° di riunioni di struttura con elenco sottoscritto dei partecipanti	inviato verbale riunione 9 ottobre 2015 ( delega PO a Nannelli e Benedetti)	inviato verbale riunioni 1/9, 9/10 e 17/11 con presenza PO o delegato <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5

# BUDGET 2015

S.C. Senologia									
Responsabile: Dr. Beniamino Brancato									
Miglioramento clima interno	5%	Coinvolti: Coordinamenti interessati	Migliorare il clima interno alla SC, di concerto, ove previsto, con i Responsabili di Coordinamento interessati	Presentazione n. 2 azioni formali e verificabili, tese al miglioramento del clima interno, entro ottobre 2015	Relazione a cura del Responsabile di CDR controfirmata da tutti i collaboratori	inviato verbale riunione 9 ottobre con 1 proposta di miglioramento clima aziendale (delega PO a Nannelli e Benedetti)	Presentazione di 2 azioni tese al miglioramento del clima interno in data 1/9 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Tirocini in Senologia	5%		Effettuazione dei tirocini previsti dal piano		N° di tirocini effettuati/N° tirocini programmati	8 edizioni realizzate, 12 edizioni programmate per il 2015	12 tirocini effettuati/ 12 tirocini programmati <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Tomosintesi e biopsia tomoguidata	7%		Avvio nuova metodica entro l'anno		N° di esami effettuati con tomosintesi	iniziata attività 6 ottobre 2015	iniziata attività il 6/10/ 2015: il n. esami 2015 di sterotassi con tomosintesi sono 168 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	7

<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>								72
---------------	-------------	--	--	--	--	--	--	--	----

### 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 AL NETTO  
OBIETTIVI NON VALUTABILI**

99
----

**OSSERVAZIONI:**

**Il Direttore Sanitario** \_\_\_\_\_ **Il Direttore Generale** \_\_\_\_\_

**Visto del Controllo di Gestione** \_\_\_\_\_ **Il Responsabile di CdR** \_\_\_\_\_

Firenze,

**COMPONENTI O.I.V.**

\_\_\_\_\_