



ISTITUTO PER LO STUDIO  
E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA



Servizio  
Sanitario  
della  
Toscana

***VALUTAZIONE DELLA  
PERFORMANCE***

***ANNO 2016***

***Contratti di Budget per CdR***

# BUDGET 2016

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Responsabile: Dott.ssa Paola Mantellini f.f.

OBIETTIVI 2016 Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	Peso %	Resp/C oin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monito raggio 30.06.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2016	Scostamento obiettivo/monitorag gio 31.12.2016	% raggiun gimento	Peso % raggiunt o
<b>STRATEGIE REGIONALI</b>										
Programmazione di Area Vasta	10%		Attuazione delle attività previste nel cronoprogramma del piano di area vasta per l'anno 2016		Partecipazione alle attività previste nel cronoprogramma del piano di area vasta per l'anno 2016	Obiettivo in fase di revisione in seguito alla diffusione Piano Operativo Area Vasta Centro	Progetti di prevenzione oncologica: screening mammografico (effettuato invito attivo 70-74), screening HPV (Empoli da Novembre)	Progetti di prevenzione oncologica: screening mammografico (effettuato invito attivo 70-74), screening HPV <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
Efficienza ed economicità	3%		Ottimizzazione archiviazione della documentazione (% scatole difformi < 25%)		N. scatole difformi rispetto al totale scatole soggette a controllo a campione (almeno 4) *100	N.V.	Nessuna scatola difforme rispetto alle scatole soggette a controllo	Nessuna scatola difforme rispetto alle scatole soggette a controllo <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	3
Farmaceutica e dispositivi	2%		Mantenimento valore consumo dispositivi medici 2015		Importo consumi dispositivi medici 2016 <= Importo consumi dispositivi medici 2015	Consumi dispositivi medici 1° Sem. 2016 € 166527, 1° Sem. 2015 € 153038	Incremento Consumi dispositivi medici (in particolare incremento Marcatori tissutali) Genn_Set 2016 € 235535, Genn_Set 2015 € 218571: incremento totale attività (+6%) per aumento mammografie	Consumo dispositivi medici 2016 264064 €, 2015 267997 (-1,5%) <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2

# BUDGET 2016

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Responsabile: Dott.ssa Paola Mantellini f.f.

OBIETTIVI 2016 Delibera G. R.T.N. 208 del 16/3/2016	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2016	% raggiunto	Peso % raggiunto
<b>QUALITA' DELLE CURE</b>										
Percorso oncologico: risultati screening ex azienda sanitaria Firenze	25%	Coinvolti: Coord Tec San, Senologia clinica	Estensione corretta per esclusioni pre-invito ed esclusioni post-invito per Firenze al netto inviti inesitati: Estensione screening mammografico 100% Estensione screening colorettales 100% Estensione screening cervice 100% marginie di tolleranza 5%		% di estensione agli screening al netto inviti inesitati	% di estensione 1° Semestre 2016 screening mammografico 55,8 screening colorettales 64,2 screening cervice 43,6	Indicatore per Budget % di estensione 1° Gennaio Settembre 2016 (Popolazione invitata/(Pop target-inviti inesitati -esclusi prima dell'invito) screening mammografico <b>84,4%</b> screening colorettales <b>67,9%</b> screening cervice <b>92,9%</b>	Indicatore per Budget % di estensione 2016 (Popolazione invitata/(Pop target-inviti inesitati -esclusi prima dell'invito) screening mammografico 110,16% screening colorettales 112,8% screening cervice 132,1% <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	25
<b>PERFORMANCE COMPLESSIVA SISTEMA DI VALUTAZIONE (BERSAGLIO)</b>										
Rischio Clinico	2%		Realizzazione di almeno 3 Audit		N. Audit	2 Audit	4 Audit	8 Audit <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2
	2%		Realizzazione di almeno 6 M&M		N. M&M	0 M&M	2 M&M	7 M&M <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2
	2%		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)		C6.7.1	Nessun evento sentinella rilevato	Nessun evento sentinella rilevato	Nessun evento sentinella rilevato <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2
Carta sanitaria elettronica (CSE): referti di radiologia - completezza e qualità dati			Digitalizzazione referti: firma digitale >=98%		% di referti di radiologia firmati digitalmente	N.V.	N.V.			

## BUDGET 2016

### S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Responsabile: Dott.ssa Paola Mantellini f.f.

<b>OBIETTIVI 2016</b> Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	Peso %	Resp/C oin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monito raggio 30.06.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2016	Scostamento obiettivo/monitorag gio 31.12.2016	% raggiun gimento	Peso % raggiunt o
<b>OBIETTIVI AZIENDALI</b>										
Appropriatezza	3%		Riduzione inapproprietezza approfondimenti mammografici (lesioni aspirate) rispetto al 2015		N. lesioni aspirate con diagnosi citologica uguale a C1 (solo materiale assente) /N. totale di lesioni aspirate*100	N.V.	Indicatore 2015 42,3%, 2016 31,2% (dato incompleto)	Indicatore 2015 42,3%, 2016 33,8% (dato non definitivo) <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	3
Digitalizzazione :Rics Pacs	30%		Attivazione Ris Pacs entro l'anno		Attivazione Ris Pacs	N.V.	Criticità Estar e ATI Ebit_Fuji	N.V.	N.V.	N.V.
Ottimizzazione procedimento rilascio copie documentazione sanitaria	4%	Resp. SC Screening prev.sec. Coinv. SC Senologia clinica, SC Laboratorio, SS Centro riab.ne onc., SC	Definizione di una procedura in Istituto al fine di uniformare la consegna delle copie dei referti sanitari agli utenti		Approvazione Procedura	Stesura bozza procedura	Elaborata procedura	La procedura è stata definita ed è in attesa di approvazione dalla Direzione <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	4
Tempi di attesa per invio referto negativo screening mammografico	2%		Posizionamento dei tempi di attesa per invio referto negativo screening mammografico tra i primi 3 risultati migliori calcolati  Tempi d'attesa referto negativo screening mammografico entro 21 gg almeno 90 %			N.V.	Definito nuovo indicatore in quanto il posizionamento Tempi di attesa per invio referto negativo screening mammografico è disponibile fuori tempo massimo valutazione OIV (Dicembre 2017 ) Tempi d'attesa invio referto negativo <=21 gg 99,5%	Tempi d'attesa invio referto negativo screening mammografico <=21 gg 99,5% <b>Scostamento 0%</b>	100	2
Capacità di ricerca: Impact Factor	2%		IF di struttura uguale all'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni		IF Anno 2016 > IF medio Anni 2013-2014 -2015	N.V.	N.V.	IF Anno 2016 (51,07) > IF medio Anni 2013-2014 -2015 (29,58) <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2
Prevenzione della corruzione	5%		Mappatura dei processi ed individuazione delle aree di rischio entro Novembre		Predisposizione della mappatura dei processi ed individuazione delle aree di rischio	N.V.	Mappatura processi	Inviata mappatura dei processi 24.11.2016 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5

## BUDGET 2016

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

<b>OBIETTIVI 2016</b> Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	Peso %	Resp/C oin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monito raggio <b>30.06.2016</b>	Scostamento obiettivo/monitoraggio <b>30.09.2016</b>	Scostamento obiettivo/monitorag gio <b>31.12.2016</b>	% raggiun gimento	Peso % raggiunt o
Comunicazione web	3%		Predisposizione versione in inglese della pagina web dedicata al CRRPO entro l'anno		Predisposizione versione in inglese della pagina web dedicata al CRRPO		In corso	E' stata predisposta e inviata la versione in inglese della pagina web dedicata al CRRPO <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	3

# BUDGET 2016

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

<b>OBIETTIVI 2016</b> Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	Peso %	Resp/C oin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monito raggio 30.06.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2016	Scostamento obiettivo/monitorag gio 31.12.2016	% raggiun gimento	Peso % raggiunt o
<b>OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR</b>										
Accreditamento percorsi di screening	5%		Rispetto degli standard degli indicatori SCREEM36		Indicatori SCREEM36 (calcolati su casi Ispo)	N.V.	Indicatore cervice uterina (tasso bioptico in corso di colposcopia in donne con citologia HSIL) 88,6% (standard >=95%) Indicatori M36 screening mammella ( % di diagnosi pre-operatorie sul totale dei casi di carcinoma mammario e colon (% di polipectomie contestuali per polipi ≤2 cm) disponibili fuori tempo massimo valutazione OIV: ad oggi disponibili dati 2° sem. 2015	M36 colon (standard 90%) 1° sem. 2016: 95,8% 2° sem. 2016: 93,7% (definitivo) M36 mammella(standard 70%) 1° sem. 2016 82% 2° sem. 2016 90% (non definitivo ) M36 cervice uterina (standard 95%) 1° sem. 2016 88,6% 2° semestre 89,5% <b>Scostamento Ob/Mon: 33%</b>	66	3
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>									68

**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**

**98**

OSSERVAZIONI:

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

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

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

**Il Responsabile di Cdr** \_\_\_\_\_

# BUDGET 2016

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2016 Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2016	% raggiungimento	Peso % raggiunto
<b>STRATEGIE E PROGETTI REGIONALI</b>										
Programmazione di Area Vasta	10%		Attuazione delle attività previste nel cronoprogramma del piano di area vasta per l'anno 2016		Partecipazione alle attività previste nel cronoprogramma del piano di area vasta per l'anno 2016	Obiettivo in fase di revisione in seguito alla diffusione Piano Operativo Area Vasta Centro		Collaborazione ai progetti di prevenzione oncologica: screening mammografico <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
Efficienza ed economicità	5%		Ottimizzazione archiviazione della documentazione (% scatole difformi < 25%)		N. scatole difformi rispetto al totale scatole soggette a controllo a campione (almeno 4) *100	N.V.	Nessuna scatola difforme rispetto alle scatole soggette a controllo	Nessuna scatola difforme rispetto alle scatole soggette a controllo <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Farmaceutica e dispositivi	5%		Mantenimento valore consumo dispositivi medici 2014		Importo consumi dispositivi medici 2016 <= Importo consumi dispositivi medici 2014	Consumi dispositivi medici 1° Sem. 2016 € 39862, 1° Sem. 2014 € 53498	Consumi dispositivi medici 1° Genn_Set. 2016 € 70134, 1° Genn_Set. 2014 € 61085	Consumi dispositivi medici 2016 € 76516, 2014 € 73445 <b>Scostamento Ob/Mon: 4%</b>	96	5
<b>QUALITA' DELLE CURE</b>										
Percorso oncologico: risultati screening ex azienda sanitaria Firenze	20%		Incremento Volumi screening mammografico rispetto al 2015 Rispetto standard nazionali desiderabili per i tempi d'attesa per l'approfondimento e per l'invio del referto negativo degli screening letti dalla Senologia		Volumi screening mammografico Ispo Tempo d'attesa referto negativo letto dalla Senologia clinica <= 21 gg 90% Tempo d'attesa approfondimento screening mammografico letto dalla Senologia clinica <= 28 gg 90%	Volumi screening mammografico Ispo 1° Semestre 2016 26054, 1° Semestre 2015 23099. Indicatori tempi d'attesa in corso di elaborazione da parte del Coordinamento Statistico	Volumi screening mammografico Ispo Genn Sett 2016 36892, Genn Sett 2015 33188 (dato BPRES69 1° e 2° livello) Tempi d'attesa screening mammografico Senologia clinica 1)referto negativo <= 21 gg 97,1 2)approfondimento <= 28 gg 86,9	Volumi screening mammografico Ispo 1° livello 2016 47015, 2015 41365 ( report Esami in convenzione S.I. Estar ) Tempi d'attesa screening mammografico Senologia clinica 1)referto negativo <= 21 gg 99,8 2)approfondimento <= 28 gg 88,3 <b>Scostamento Ob/Mon: 1%</b>	99	20
<b>PERFORMANCE COMPLESSIVA SISTEMA DI VALUTAZIONE (BERSAGLIO)</b>										

# BUDGET 2016

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

<b>OBIETTIVI 2016</b> Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2016	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Rischio Clinico	2%		Realizzazione di almeno 3 Audit		N. Audit	1 Audit	1 Audit	3 Audit <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2
	2%		Realizzazione di almeno 6 M&M		N. M&M	0 M&M	1 M&M	8 M&M <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2
	2%		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B) =100%		C6.7.1	Nessun evento sentinella rilevato	Nessun evento sentinella rilevato	Nessun evento sentinella rilevato <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2
Carta sanitaria elettronica (CSE): referti di radiologia: completezza e qualità dati			Digitalizzazione referti: firma digitale >=98%		% di referti di radiologia firmati digitalmente	N.V.	N.V.			
<b>OBIETTIVI AZIENDALI</b>										
Digitalizzazione :Rics Pacs	20%		Attivazione Ris Pacs entro l'anno		Attivazione Ris Pacs	N.V.	Criticità Estar e ATI Ebit_Fuji	N.V.	N.V.	
Ottimizzazione procedimenti rilascio copie documentazione sanitaria	9%	Resp. SC Screening prev.sec. Coinv. SC Senologia clinica, SC Laboratorio, SS Centro riab.ne onc., SC Amm.Gest. Ris. Att. Tecniche e supporto ricerca	Definizione di una procedura in Istituto al fine di uniformare la consegna delle copie dei referti sanitari agli utenti		Approvazione Stesura Procedura	Stesura bozza procedura	Elaborata procedura	La procedura è stata definita ed è in attesa di approvazione dalla Direzione <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	9



# BUDGET 2016

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

<b>OBIETTIVI 2016</b> Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2016	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Prevenzione della corruzione	5%		Mappatura dei processi ed individuazione delle aree di rischio entro Novembre		Predisposizione della mappatura dei processi ed individuazione delle aree di rischio	N.V.	Non effettuata mappatura aree di rischio	Inviata mappatura dei processi 01.1.2017 <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		N° di riunioni di struttura con elenco sottoscritto dei partecipanti	Pervenuto verbale riunione 15/7 con trattazione indicatori budget screening	verbali riunioni afferenti obiettivi 2016 :19/5, 30/6, 15/7/2016 e 15/7	Pervenuti verbali riunioni afferenti obiettivi 2016 :19/5, 30/6, 15/7/2016 e 27/11/17 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
<b>OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR</b>										
Organizzazione tirocini	15%		Gestione 100% delle richieste di tirocinio		N. tirocini effettuati rispetto N. tirocini richiesti	7 tirocini effettuati su 7 tirocini richiesti	8 tirocini effettuati su 8 tirocini richiesti	11 tirocini effettuati su 11 tirocini richiesti <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	15
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>									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

**% RAGGIUNGIMENTO AL NETTO  
OBIETTIVI NON VALUTABILI**

**100**

OSSERVAZIONI:

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

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

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

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

# BUDGET 2016

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

Responsabile: Dott. ssa Francesca Carozzi f.f.

OBIETTIVI 2016 Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2016	% raggiungimento	Peso % raggiunto
<b>STRATEGIE REGIONALI</b>										
Programmazione di Area Vasta	10%		Attuazione delle attività previste nel cronoprogramma del piano di area vasta per l'anno 2016		Partecipazione alle attività previste nel cronoprogramma del piano di area vasta per l'anno 2016	Obiettivo in fase di revisione in seguito alla diffusione Piano Operativo Area Vasta Centro	Attuazione cronoprogramma HPV per Empoli (Novembre 2016)	Attuazione cronoprogramma HPV per Empoli (Novembre 2016) <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
Efficienza ed economicità	5%		Ottimizzazione archiviazione della documentazione (% scatole difformi < 25%)		N. scatole difformi rispetto al totale scatole soggette a controllo a campione (almeno 4) *100	N.V.	Nessuna scatola difforme rispetto alle scatole soggette a controllo	Nessuna scatola difforme rispetto alle scatole soggette a controllo <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
<b>AZIONI E PROGETTI SPECIFICI</b>										
Estensione del programma regionale programma HPV Primario	20%	Resp.: S.C. Laboratorio Regionale 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 almeno pari agli obiettivi regionali in ciascuna azienda a livello regionale.	Attivazione e per l'esecuzione dei test HPV primario per la fascia di età prevista per tutte le aziende del SSR Implementazione al programma HPV 34-64 per almeno 5 ex aziende	N° di ex asl per le quali è stato implementato l'HPV fascia 34-64 o progetto esecutivo		N° 3 ex asl per le quali è stato implementato l'HPV fascia 34-64	Implementazione al programma HPV 34-64 per 6 aziende <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	20

# BUDGET 2016

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

Responsabile: Dott. ssa Francesca Carozzi f.f.

OBIETTIVI 2016 Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2016	% raggiungimento	Peso % raggiunto
<b>PERFORMANCE COMPLESSIVA SISTEMA DI VALUTAZIONE (BERSAGLIO)</b>										
Rischio Clinico	2%		Realizzazione di almeno 3 Audit		N. Audit	1 Audit	3 Audit	8 Audit Scostamento Ob/Mon: 0%	100	2
	2%		Realizzazione di almeno 6 M&M		N. M&M	2 M&M	2 M&M	6 M&M Scostamento Ob/Mon: 0%	100	2
	2%		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)		C6.7.1	Nessun evento sentinella rilevato	Nessun evento sentinella rilevato	Nessun evento sentinella rilevato Scostamento Ob/Mon: 0%	100	2
<b>OBIETTIVI AZIENDALI</b>										
Ottimizzazione procedimenti rilascio copie documentazione sanitaria	4%	Resp. SC Screening prev.sec. Coinv. SC Senologia clinica, SC Laboratorio, SS Centro riab.ne onc., SC Amm.Gest. Ris. Att. Tecniche e supporto ricerca	Definizione di una procedura al fine di uniformare il procedimento di rilascio delle copie della documentazione sanitaria degli utenti		Approvazione Stesura Procedura	Stesura bozza procedura	Elaborata procedura	La procedura è stata definita ed è in attesa di approvazione dalla Direzione Scostamento Ob/Mon: 0%	100	4
Tempi di attesa per invio referto negativo screening cervice	2%		Contenimento dei tempi di attesa per invio referto negativo entro i limiti previsti da ONS (accettabile il 90% entro 30 gg) :obiettivo subordinato all'acquisizione nuovi LP		Tempo di attesa invio referto negativo screening cervice	Tempo di attesa invio referto negativo screening cervice 89,8%	Tempo di attesa invio referto negativo screening cervice <= 30 gg 91,1%	Tempo di attesa invio referto negativo screening cervice <= 30 gg 93,8% Scostamento Ob/Mon: 0%	100	2
Tempi di attesa per invio referto negativo screening colon rettale	3%		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 100%	Tempo di attesa invio referto negativo screening colon rettale 100%	Tempo di attesa invio referto negativo screening colon rettale 100% Scostamento Ob/Mon: 0%	100	3

# BUDGET 2016

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

**Responsabile: Dott. ssa Francesca Carozzi f.f.**

<b>OBIETTIVI 2016</b> Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	<b>Peso %</b>	<b>Resp/Coin</b>	<b>Obiettivo specifico</b>	<b>Azioni</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2016</b>	<b>Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2016</b>	<b>Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2016</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>Peso % raggiunto</b>
Capacità di ricerca: Impact Factor	8%		IF di struttura >= all'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni		IF Anno 2016 > IF medio Anni 2013-2014 -2015	N.V.	N.V.	IF Anno 2016 (49,64) < IF medio Anni 2013-2014 - 2015 (54,7) <b>Scostamento Ob/Mon: 9%</b>	90,75	7
Capacità di ricerca e Fund Raising	3%		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 con il coinvolgimento dell'ufficio Attività amm.ve supporto area ricerca	2 progetti presentati nel 2015 , 0 progetti presentati al 30/6/2016 (1 al 21/7/16)	2 progetti presentati nel 2015 , 3 progetti presentati al 30/9/2016	2 progetti presentati nel 2015 , 3 progetti presentati nel 2016 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	3
	2%		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.	N.V.	Incremento valore del finanziamento (+ 4%) <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2
Compartecipazione della ricerca finalizzata al funzionamento della struttura aziendale	2%		Rispetto della % di overhead prevista dal regolamento		% del valore degli overhead	N.V.	N.V.	Rispetto della % di overhead prevista dal regolamento <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2
Prevenzione della corruzione	5%		Mappatura dei processi ed individuazione delle aree di rischio entro Novembre		Predisposizione della mappatura dei processi ed individuazione delle aree di rischio	N.V.	Non effettuata mappatura aree di rischio	Inviata mappatura dei processi 30.11.2016 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	10%		Effettuazione di almeno 1 riunione complessiva di struttura ogni 3 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 13 Giugno 2016	Inviati Verbali riunioni 13 Giugno, 19 Luglio e 2 Settembre 2016	Inviati Verbali riunioni 13 Giugno, 19 Luglio, 2 Settembre, 11 Ottobre e 22 Dicembre 2016 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10

# BUDGET 2016

**S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica**  
**Responsabile: Dott. ssa Francesca Carozzi f.f.**

<b>OBIETTIVI 2016</b> Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2016	% raggiungiment o	Peso % raggiunt o
<b>OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR</b>										
Riorganizzazione struttura complessa	10%		Riorganizzazione attività del Laboratorio		Presentazione progetto entro settembre Realizzazione del 50% entro l'anno		Presentazione progetto in data 30/9 al Direttore Sanitario	Presentazione progetto in data 30/9 al Direttore Sanitario Riorganizzazione e 12 attività su 16 dipendenti esclusivamente dal Laboratorio <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
	10%	SC Amministrazione, Gestione risorse, Attività tecniche e supporto alla ricerca	Trasferimento Laboratorio fattori di rischio oncogeni presso locali ITT		Trasferimento entro l'anno per quanto di competenza del Laboratorio			Realizzazione piano attuazione <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>								<b>% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI</b>	<b>99</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** \_\_\_\_\_

# BUDGET 2016

**S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica**  
**Responsabile: Dott. ssa Francesca Carozzi f.f.**

<b>OBIETTIVI 2016</b> Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2016	Scostamento obiettivo/monitorea ggio 30.09.2016	Scostamento obiettivo/moni toraggio 31.12.2016	% raggiungiment o	Peso % raggiunt o
---	--------	-----------	---------------------	--------	------------	---	---	---	-------------------------	-------------------------

## BUDGET 2016

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

<b>OBIETTIVI 2016</b> Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monit toraggio 30.06.2016	Scostamento obiettivo/monit oraggio 30.09.2016	Scostamento obiettivo/monit oraggio 31.12.2016	% raggiun gimento	Peso % raggiun to
<b>STRATEGIE E PROGETTI REGIONALI</b>										
Programmazione di Area Vasta	25%		Attuazione delle attività previste nel cronoprogramma del piano di area vasta per l'anno 2016: realizzazione progetto riabilitazione oncologica area metropolitana		Partecipazione alle attività previste nel cronoprogramma del piano di area vasta per l'anno 2016 Presentazione del progetto nel corso del convegno a Marzo 2017	Obiettivo in fase di revisione in seguito alla diffusione Piano Operativo Area Vasta Centro		Promozione convegno a cura Liit (Obiettivo non valutabile)	N.V.	N.V.
Efficienza ed economicità	5%		Ottimizzazione archiviazione della documentazione (% scatole difformi < 25%)		N. scatole difformi rispetto al totale scatole soggette a controllo a campione (almeno 4) *100	N.V.	Nessuna scatola difforme rispetto alle scatole soggette a controllo	Nessuna scatola difforme rispetto alle scatole soggette a controllo <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
<b>PERFORMANCE COMPLESSIVA SISTEMA DI VALUTAZIONE (BERSAGLIO)</b>										
Rischio Clinico	2%		Realizzazione di almeno 3 Audit		N. Audit	1 Audit	1 Audit	1 Audit <b>Scostamento Ob/Mon: 66%</b>	33	1
	2%		Realizzazione di almeno 6 M&M		N. M&M	0 M&M	0 M&M	1 M&M <b>Scostamento Ob/Mon: 100%</b>	0	0
	2%		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)		C6.7.1	Nessun evento sentinella rilevato	Nessun evento sentinella rilevato	Nessun evento sentinella rilevato <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2

## BUDGET 2016

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

<b>OBIETTIVI 2016</b> Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monit toraggio 30.06.2016	Scostamento obiettivo/monit oraggio 30.09.2016	Scostamento obiettivo/monito raggio 31.12.2016	% raggiun gimento	Peso % raggiun to
<b>OBIETTIVI AZIENDALI</b>										
Ottimizzazione procedimenti rilascio copie documentazione sanitaria	10%	Resp. SC Screening prev.sec. Coinv. SC Senologia clinica, SC Laboratorio, SS Centro riab.ne onc., SC Amm.Gest. Ris. Att. Tecniche e supporto ricerca	Definizione di una procedura al fine di uniformare il procedimento di rilascio delle copie della documentazione sanitaria degli utenti		Approvazione Stesura Procedura	Stesura bozza procedura	Elaborata procedura	La procedura è stata definita ed è in attesa di approvazione dalla Direzione <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
Cartella elettronica integrata	5%		Realizzazione cartella elettronica integrata Riabilitazione e Psicologia		Realizzazione cartella elettronica integrata		Predisposta cartella cartacea, inserita cartella elettronica nelle priorità di ICT Estar	Predisposta cartella cartacea, inserita cartella elettronica nelle priorità di ICT Estar <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Capacità produttiva	15%		Incremento dei volumi di attività erogata (ad esclusione delle prestazioni di riabilitazione individuale e di gruppo) rispetto al 2015		N. prestazioni (ad esclusione delle prestazioni di riabilitazione individuale e di gruppo)	1° semestre 2016: 2982 1° semestre 2015: 2828	Genn Sett 2016: 4078 Genn Sett 2015: 4191	N. prestazioni (ad esclusione delle prestazioni di riabilitazione individuale, di gruppo e testa collo) 2016: 4578 2015: 4562 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	15
Prevenzione della corruzione	5%		Mappatura dei processi ed individuazione delle aree di rischio entro Novembre		Predisposizione della mappatura dei processi ed individuazione delle aree di rischio	N.V.	Non effettuata mappatura aree di rischio	Non pervenuta mappatura aree di rischio Scostamento Ob/Mon: 100%	0	0
Comunicazione web	15%		Aggiornamento costante sito internet almeno ogni 3 mesi Migrazione sito Cerion all'interno del sito istituzionale		Report con frequenza aggiornamenti fornito dall'Ufficio Comunicazione, Attività editoriali e Pianificazione eventi scientifici	N.V.	Nessuna migrazione sito Cerion all'interno del sito istituzionale	1 aggiornamento sito; nessuna migrazione sito Cerion all'interno del sito istituzionale: non valutabile	N.V.	N.V.



## BUDGET 2016

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

<b>OBIETTIVI 2016</b> Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monit oraggio 30.06.2016	Scostamento obiettivo/monit oraggio 30.09.2016	Scostamento obiettivo/monit oraggio 31.12.2016	% raggiun gimento	Peso % raggiun to
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	10%		Effettuazione di almeno 1 riunione complessiva di struttura ogni 3 mesi per analisi delle attività/monitoraggio budget con partecipazione delle PO dei coordinamenti		N° di riunioni di struttura con elenco sottoscritto dei partecipanti	Nessun verbale pervenuto pertinente agli obiettivi di budget	Nessun verbale pervenuto pertinente agli obiettivi di budget	Verbali riunione 21/6/2016 e 15/11/2016; 20/12/16 21/2/2017 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
<b>OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR</b>										
Comunicazione	4%		Implementare e incrementare le occasioni di visibilità del Cerion		Almeno 1 evento	Realizzazione spettacolo Teatro Puccini	Corri La Vita a Settembre Replica in programma ad Ottobre In programma realizzazione iniziativa OPLA con CGIL	Corri La Vita a Settembre Replica in programma ad Ottobre Realizzazione iniziativa OPLA con CGIL <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	4
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>									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  
AL NETTO OBIETTIVI  
NON VALUTABILI**

**87**

OSSERVAZIONI:

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

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

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

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

# OBIETTIVI 2016

## Coordinamento Assistenziale e di Prevenzione

Dott.ssa Antonella Cipriani

OBIETTIVI 2016 Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/m onitoraggio 30.06.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2016	% raggiu ngimen to	Peso % raggiunto
<b>STRATEGIE REGIONALI</b>										
Efficienza ed economicità	15%		Eiminazione documentazione sanitaria in deposito che ha superato i limiti di conservazione e disbrigo pratiche di smaltimento Riduzione ore di attività di archivio rispetto al 2015		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 N° ore attività di archivio		3 liste di documenti smaltiti come da programmazione/3 3 nulla osta ottenuti dalla soprintendenza su 3 richiesti (circa 1000 ml risparmiati) Riduzione del n. di ore del personale da 16 ore al giorno a 10	4 liste di documenti smaltiti come da programmazione/ 4 nulla osta ottenuti dalla soprintendenza su 4 richiesti (circa 1000 ml risparmiati) Riduzione del n. di ore del personale da 16 ore al giorno a 10 . <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	15
	10%		Presentazione di una proposta di riorganizzazione finalizzata all'ottimizzazione dell'utilizzo degli spazi ambulatoriali		Documento di proposta inviato in Direzione sanitaria		Documento di proposta inviato in Direzione sanitaria	Documento di proposta inviato in Direzione sanitaria . <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
<b>OBIETTIVI AZIENDALI</b>										
Ottimizzazione procedimenti rilascio copie documentazione sanitaria	5%	Responsabile SC Screening e prev.sec., coinvolti SC Laboratorio, SC Senologia clinica, Coord. Ass.prev.	Definizione di una procedura al fine di uniformare il procedimento di rilascio delle copie della documentazione sanitaria degli utenti		Approvazione-Redazione Procedura	Stesura bozza procedura	Elaborata procedura	La procedura è stata definita ed è in attesa di approvazione dalla Direzione <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Comunicazione	15%		Partecipazione al gruppo di lavoro per l'elaborazione di un estratto della carta dei servizi al fine della traduzione in lingue straniere		Invio elaborazione di un estratto della carta dei servizi al fine della traduzione in lingue straniere	Invio estratto carta dei servizi in lingue straniere	Carta dei servizi tradotta in 7 lingue (pubblicata sul sito e diffusa nelle sale di attesa)	Carta dei servizi tradotta in 7 lingue (pubblicata sul sito e diffusa nelle sale di attesa) <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	15
Progetto Alto Rischio	10%		Attivazione percorso dedicato per lo screening di donne con alto rischio per tumore alla mammella su base ereditaria .Organizzazione sedute ambulatoriali		N. sedute ambulatoriali		Dal 1 gennaio al 30 settembre 82 sedute ambulatoriali (RX-ecografie- prelievi CA125). 119 triage telefonici effettuati con attribuzione del rischio, alto-medio-basso da parte della genetista in attesa di visita ambulatoriale. 56 triage telefonici effettuati	Nel 2016 102 sedute ambulatoriali (RX-ecografie- prelievi CA125). <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 del Piano di Istituto N° di procedure approvate/revisionate		13 procedure approvate/revisionate	17 procedure approvate/revisionate . <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10

# OBIETTIVI 2016

## Coordinamento Assistenziale e di Prevenzione

Dott.ssa Antonella Cipriani

OBIETTIVI 2016 Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2016	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Registro Tumori della Regione Toscana e dei sistemi di sorveglianza e monitoraggio regionali	10%	Resp: SC Ep Clin Desc Coinvolti: Coord Statistico	Sistematizzazione flussi previsti da DGRT 429/2013		Report di analisi		Inserimento di 2 AS dal 20 sett. 2016 al 40% del tempo lavoro	Report di analisi : n. nuovi casi 6600, n. casi aggiornati 9124 inseriti da As . <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
Prevenzione della corruzione	10%		Mappatura dei processi ed individuazione delle aree di rischio entro Novembre		Predisposizione della mappatura dei processi ed individuazione delle aree di rischio	N.V.	Predisposta mappatura: liste di attesa, libera professione, sorveglianza sanitaria, formazione, rifiuti sanitari speciali, servizio di pulizie	Inviata mappatura dei processi 21.09 e 22.12.2016 (liste di attesa, libera professione, sorveglianza sanitaria, formazione, rifiuti sanitari speciali, servizio di pulizie, servizio di archiviazione, servizio lavanderia, allocazione risorse, conferimento incarichi coordinamento, gestione orario del personale) <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	10%		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 pervenuto	verbali riunioni 27 maggio-30 settembre	Pervenuti verbali riunioni 27 maggio-30 settembre- 28 ottobre, 22 dicembre . <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
<b>OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR</b>										
Sviluppo formazione del personale	5%		Pianificazione e realizzazione progetti formativi inseriti nel PAF (realizzazione di almeno l'80% dei percorsi previsti nel PAF)		N° progetti formativi pianificati/ N° eventi formativi realizzati (in qualità di Responsabile Scientifico o facilitatore)		5 progetti pianificati / 5 progetti realizzati	13 progetti pianificati / 13 progetti realizzati . <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>									

**% 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

OSSERVAZIONI:

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

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

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

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

## OBIETTIVI 2016

Coordinamento Assistenziale e di Prevenzione  
Dott.ssa Antonella Cipriani

<b>OBIETTIVI 2016</b> Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/m onitoraggio 30.06.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2016	% raggiu ngimen to	Peso % raggiunto
---	--------	-----------	---------------------	--------	------------	---	---	---	--------------------------	---------------------

# OBIETTIVI 2016

**Posizione Organizzativa: Coordinamento Tecnico Sanitario**

**Dott.ssa Eva Carnesciali**

<b>OBIETTIVI 2016</b> Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	<b>Peso %</b>	<b>Resp/ Coin</b>	<b>Obiettivo specifico</b>	<b>Azioni</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Scostamento obiettivo/monit raggio 30.06.2016</b>	<b>Scostamento obiettivo/monit oraggio 30.09.2016</b>	<b>Scostamento obiettivo/monitorag gio 31.12.2016</b>	<b>% raggiungiment o</b>	<b>Peso % raggiunt o</b>
<b>STRATEGIE E PROGETTI REGIONALI</b>										
Efficienza ed economicità	10%	coinv.SC Att. amm.ve..	Contenimento dei costi del servizio di gestione trasporti screening mammografico rispetto al 2015		Importo fatturato ex-ASF Definizione progetto con proposta di modalità organizzative per la gestione del trasporto	N.V.	Il Coord.tecnico sanitario deve concordare incontro con SC Att. Amm.ve per definizione nuova strategia	Pervenuto progetto con proposta di modalità organizzative per la gestione del trasporto <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
	5%		Contenimento giacenze per dispositivi mammotome ( giacenze al 31.12.2016 <= giacenze al 31.12. 2015)		Giacenze finali	N.V.	Giacenze finali Dispositivi Mammotome (Sonda monouso mammotome) al 31/12/2015 q.tà 117	Giacenze finali Dispositivi Mammotome (Sonda monouso mammotome) al 31/12/2015 q.tà 117 al 31/12/2016 q.tà 40 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
<b>AZIONI E PROGETTI SPECIFICI</b>										
Estensione del programma regionale programma HPV Primario	9%	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 del test HPV primario (almeno 100.000) per la fascia di età prevista per tutte le aziende del SSR	Relazione entro l'anno N° di aziende per le quali è stato implementato l'HPV fascia 34-64	N.V.	In programma HPV Empoli a Novembre	Implementazione al programma HPV 34-64 per 6 aziende <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	9

## OBIETTIVI 2016

**Posizione Organizzativa: Coordinamento Tecnico Sanitario**

**Dott.ssa Eva Carnesciali**

<b>OBIETTIVI 2016</b> Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	<b>Peso %</b>	<b>Resp/Coin</b>	<b>Obiettivo specifico</b>	<b>Azioni</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Scostamento obiettivo/monito raggio 30.06.2016</b>	<b>Scostamento obiettivo/monit oraggio 30.09.2016</b>	<b>Scostamento obiettivo/monitorag gio 31.12.2016</b>	<b>% raggiungiment o</b>	<b>Peso % raggiunt o</b>
<b>OBIETTIVI AZIENDALI</b>										
Digitalizzazione :Rics Pacs	10%		Attivazione Ris Pacs		Attivazione Ris Pacs	N.V.	Criticità Estar e ATI Ebit_Fuji	N.V.	N.V.	
Ottimizzazione procedimenti rilascio copie documentazione sanitaria	10%	Resp. SC Screening prev.sec. Coinv. SC Senologia clinica, SC Laboratorio, SS Centro riab.ne onc., SC Amm.Gest. Ris. Att. Tecniche e supporto ricerca	Definizione di una procedura in Istituto al fine di uniformare la consegna delle copie dei referti sanitari agli utenti		Approvazione-Redazione Procedura	Stesura bozza procedura	Elaborata procedura	La procedura è stata definita ed è in attesa di approvazione dalla Direzione <b>Scostamento 0%</b>	100	10
Capacità produttiva: attività laboratorio	20%		Collaborazione ad incremento dei volumi di attività laboratorio erogata Anno 2016 > Anno 2015		Volumi di attività erogata (con esclusione dei volumi effettuati in aggiuntiva)	Volumi attività 1° Sem. 2016 91790, 1° Sem. 2015 91897	Volumi attività Genn Sett 2016 131334, Genn Sett 2015 126208	Incremento Volumi attività Laboratorio 2016/2015 + 2% <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	20
Capacità produttiva: attività radiologica	20%		Collaborazione ad incremento dei volumi di attività diagnostica radiologica erogata: Anno 2016 > Anno 2015		Volumi di attività erogata (con esclusione dei volumi effettuati in aggiuntiva)	Mammografie 1° semestre 2016:31288 1° semestre 2015:31428	Mammografie Genn Sett 2016:44576 Genn Sett 2015:44425	Mammografie 2016:60354 2015 59313 (+ 1,8%) <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	20
Prevenzione della corruzione	5%		Mappatura dei processi ed individuazione delle aree di rischio entro Novembre		Predisposizione della mappatura dei processi ed individuazione delle aree di rischio	N.V.	Predisposto bozza di relazione già inviata in visione alla dott.ssa Mengoni	Inviata mappatura dei processi ed individuazione delle aree di rischio 19.10.2016 <b>Scostamento 0%</b>	100	5

# OBIETTIVI 2016

**Posizione Organizzativa: Coordinamento Tecnico Sanitario**

**Dott.ssa Eva Carnesciali**

OBIETTIVI 2016 Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2016	% raggiungimento	Peso % raggiunto
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 pervenuto	Verbale riunione del 24/5 e 22/6	Verbale riunione del 24/5 22/6 28/9 e 14/12/2016 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
<b>OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR</b>										
Studio TBS	6%		Effettuazione delle prestazioni legate al progetto TBS		N° di prestazioni inviti effettuate per studio TBS su totale popolazione target da invitare		round TBS 2016 effettuato e concluso popolazione da invitare 1725 invitate 1707 escluse 12 (99%)	round TBS 2016 effettuato e concluso popolazione da invitare 1725 invitate 1707 escluse 12 (99%) <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	6
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>									<b>90</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

**% RAGGIUNGIMENTO AL NETTO OBIETTIVI NON VALUTABILI**

**100**

OSSERVAZIONI:

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

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

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

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

# BUDGET 2016

S.C. Epidemiologia Clinica

Responsabile: Dott. Marco Zappa f.f.

<b>OBIETTIVI 2016</b> Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitor aggio 30.06.2016	Scostamento obiettivo/monit oraggio 30.09.2016	Scostamento obiettivo/monitor aggio 31.12.2016	% raggiun gimento	Peso % raggiunt o
<b>STRATEGIE REGIONALI</b>										
Programmazione di Area Vasta			Attuazione delle attività previste nel cronoprogramma del piano di area vasta per l'anno 2016		Partecipazione alle attività previste nel cronoprogramma del piano di area vasta per l'anno 2016	Obiettivo in fase di revisione in seguito alla diffusione Piano Operativo Area Vasta Centro				
Efficienza ed economicità	2%		Ottimizzazione archiviazione della documentazione (% scatole difformi < 25%)		N. scatole difformi rispetto al totale scatole soggette a controllo a campione (almeno 4) *100	N.V.	Nessuna scatola difforme rispetto alle scatole soggette a controllo	Nessuna scatola difforme rispetto alle scatole soggette a controllo <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2



# BUDGET 2016

S.C. Epidemiologia Clinica

Responsabile: Dott. Marco Zappa f.f.

OBIETTIVI 2016 Delibera G. R.T.N. 208 del 16/3/2016	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2016	% raggiunto	Peso % raggiunto
<b>OBIETTIVI AZIENDALI</b>										
Registro Tumori e Mortalità della Regione Toscana	10%	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 Elaborazioni sui flussi ricevuti.	% di flussi arrivati analizzati rispetto a Flussi arrivati (obiettivo 95%). Entro fine 2016 disponibilità incidenza 2007-2009 area storica		Gli obiettivi sono raggiungibili con il nuovo personale	Pervenuta relazione Verifica qualitativa dei flussi pervenuti dalle aziende <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
	20%		Attivazione programma gestionale Università degli Studi di Firenze per il Registro di Mortalità e Tumori		Collaudo e utilizzo nuovo programma gestionale	N.V.	Programma gestionale non collaudato	N.V.	N.V.	
Ottimizzazione utilizzo risorse	8%	Resp: Coordinamento Statistico, Coinv.Epid clinica, Epid.fatt.rischio, Screening	Analisi carichi di lavoro del personale statistico Valutazione del consumo di risorsa del personale		Documento che stabilisca i criteri di analisi dei carichi di lavoro la valutazione del consumo di risorsa del personale	N.V.	N.V.	N.V.	N.V.	

# BUDGET 2016

**S.C. Epidemiologia Clinica**

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

<b>OBIETTIVI 2016</b> Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	<b>Peso %</b>	<b>Resp/Coin</b>	<b>Obiettivo specifico</b>	<b>Azioni</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2016</b>	<b>Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2016</b>	<b>Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2016</b>	<b>% raggiunto</b>	<b>Peso % raggiunto</b>
Capacità di ricerca: Impact Factor	10%		IF di struttura uguale all'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni		IF Anno 2016 > IF medio Anni 2013-2014 -2015	N.V.	N.V.	IF Anno 2016 (142,31) < IF medio Anni 2013-2014 -2015 (144,25) <b>Scostamento Ob/Mon: 1%</b>	99	10
Capacità di ricerca giovani	10%		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		Previsto entro l'anno	Pervenuta accettazione articolo <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
Capacità di ricerca e Fund Raising	5%		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		7 progetti presentati nel 2015, 3 progetti presentati al 30/9	7 progetti presentati nel 2015, 4 progetti presentati nel 2016 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
	5%		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.	N.V.	Incremento valore del finanziamento (+ 50%) <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Compartecipazione della ricerca finalizzata al funzionamento della struttura aziendale	5%		Rispetto della % di overhead prevista dal regolamento		% del valore degli overhead	N.V.	N.V.	Rispetto della % di overhead prevista dal regolamento <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Prevenzione della corruzione	7%		Mappatura dei processi ed individuazione delle aree di rischio entro Novembre		Predisposizione della mappatura dei processi ed individuazione delle aree di rischio	N.V.	Non effettuata mappatura aree di rischio	Inviata mappatura dei processi 17.11 e 30.11.2016 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	7

# BUDGET 2016

**S.C. Epidemiologia Clinica**

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

<b>OBIETTIVI 2016</b> Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2016	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	8%		Effettuazione di almeno 1 riunione complessiva di struttura ogni 3 mesi per analisi delle attività/monitoraggio budget con partecipazione delle PO dei coordinamenti		N° di riunioni di struttura con elenco sottoscritto dei partecipanti	Nessun verbale pervenuto	riunioni 21 Giugno e 15 Settembre 2016	Pervenuti verbali riunioni 21 Giugno,15 Settembre 2016 e 12 Gennaio 2016 Scostamento <b>Ob/Mon: 0%</b>	100	8
<b>OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR</b>										
Implementazione raccolta dati registro tumori	10%		Completamento incidenza province Firenze e Prato fino anno 2010 ed estensione rilevazione alla provincia di Pistoia		Produzione report			Pervenuto report incidenza Firenze e Prato ed estensione Pistoia <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
<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**

**100**

OSSERVAZIONI:

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

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

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

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

## BUDGET 2016

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

**Responsabile: Dr. Domenico Palli**

<b>OBIETTIVI 2016</b> Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2016	% raggiunto	Peso % raggiunto
<b>STRATEGIE E PROGETTI REGIONALI</b>										
Programmazione di Area Vasta			Attuazione delle attività previste nel cronoprogramma del piano di area vasta per l'anno 2016		Partecipazione alle attività previste nel cronoprogramma del piano di area vasta per l'anno 2016	Obiettivo in fase di revisione in seguito alla diffusione Piano Operativo Area Vasta Centro				
Efficienza ed economicità	4%		Ottimizzazione archiviazione della documentazione (% scatole difformi < 25%)		N. scatole difformi rispetto al totale scatole soggette a controllo a campione (almeno 4) *100	N.V.	Nessuna scatola difforme rispetto alle scatole soggette a controllo	Nessuna scatola difforme rispetto alle scatole soggette a controllo <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	4
<b>OBIETTIVI AZIENDALI</b>										
Registro Mortalità della Regione Toscana	13%		Attivazione programma gestionale Università degli Studi di Firenze per il Registro di Mortalità		Implementazione programma gestionale		Programma gestionale non collaudato	N.V.		
Capacità di ricerca: Impact Factor	13%		IF di struttura uguale all'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni		IF Anno 2016 > IF medio Anni 2013-2014 -2015	N.V.	N.V.	IF Anno 2016 (406,66) < IF medio Anni 2013-2014 - 2015 (509,83) <b>Scostamento Ob/Mon: 20%</b>	80	10

## BUDGET 2016

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

**Responsabile: Dr. Domenico Palli**

<b>OBIETTIVI 2016</b> Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2016	% raggiunto	Peso % raggiunto
Capacità di ricerca e Fund Raising	13%		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 con il coinvolgimento dell'ufficio Attività amm.ve supporto area ricerca	Progetti presentati nel 2015: 5 progetti Epid.fattori rischio, 7 progetti Epid. Amb.lavoro , nel 2016 0 progetti presentati al 30/6 ( 2 a Luglio Epid. Ambiente Lavoro)	Progetti presentati nel 2015: 5 progetti Epid.fattori rischio, 7 progetti Epid. Amb.lavoro , nel 2016 1 progetto Epid.fattori rischio e 3 Epid. Ambiente Lavoro al 30/9	Progetti presentati nel 2015: 5 progetti Epid.fattori rischio, 7 progetti Epid. Amb.lavoro , nel 2016 2 progetto Epid.fattori rischio e 3 Epid. Ambiente Lavoro <b>Scostamento Ob/Mon: 42%</b>	58	8
	10%		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.	N.V.	Incremento valore del finanziamento (+ 53%) <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
Compartecipazione della ricerca finalizzata al funzionamento della struttura aziendale	10%		Rispetto della % di overhead prevista dal regolamento		% del valore degli overhead	N.V.	N.V.	Rispetto della % di overhead prevista dal regolamento in 4 progetti su 5 (80%) <b>Scostamento Ob/Mon: 20%</b>	80	8

## BUDGET 2016

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

**Responsabile: Dr. Domenico Palli**

<b>OBIETTIVI 2016</b> Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	<b>Peso %</b>	<b>Resp/Coin</b>	<b>Obiettivo specifico</b>	<b>Azioni</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2016</b>	<b>Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2016</b>	<b>Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2016</b>	<b>% raggiunto</b>	<b>Peso % raggiunto</b>
Ottimizzazione utilizzo risorse	7%	Resp: Coordinamento Statistico, Coinv.Epid clinica, Epid.fatt.rischio, Screening prev.sec.	<del>Analisi carichi di lavoro del personale statistico</del> Valutazione del consumo di risorsa del personale		Documento che stabilisca i criteri di <del>analisi dei carichi di lavoro</del> la valutazione del consumo di risorsa del personale	N.V.	N.V.	N.V.		
Capacità di ricerca giovani	9%		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		Publicati 4 articoli	Pervenuto articolo giovane ricercatore <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	9
Prevenzione della corruzione	4%		Mappatura dei processi ed individuazione delle aree di rischio entro Novembre		Predisposizione della mappatura dei processi ed individuazione delle aree di rischio	N.V.	Non effettuata mappatura	Non pervenuta mappatura processi Scostamento Ob/Mon: 100%	0	0
Comunicazione web	8%		Aggiornamento costante sito internet almeno ogni 3 mesi		Report con frequenza aggiornamenti fornito dall'Ufficio Comunicazione, Attività editoriali e Pianificazione eventi scientifici	N.V.	Aggiornamento costante Epid. Fattori rischio per progetto DAMA	Aggiornamenti costanti:16 inserimenti nel 2016 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	8

## BUDGET 2016

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

**Responsabile: Dr. Domenico Palli**

<b>OBIETTIVI 2016</b> Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2016	% raggiunto	Peso % raggiunto
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	9%		Effettuazione di almeno 1 riunione complessiva di struttura ogni 3 mesi per analisi delle attività/monitoraggio budget con partecipazione delle PO dei coordinamenti		N° di riunioni di struttura con elenco sottoscritto dei partecipanti	Nessun verbale pervenuto	Nessun verbale pervenuto	Pervenuto verbale riunione 10.11 e 21.12.2016 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	9
<b>OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR</b>										
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>									66

**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**

**82**

OSSERVAZIONI:

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

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

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

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

Firenze,

## OBIETTIVI 2016

**Posizione organizzativa: Coordinamento Statistico**

**Dott.ssa Patrizia Falini**

<b>OBIETTIVI 2016</b> Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monito raggio 30.06.2016	Scostamento obiettivo/monito raggio 30.09.2016	Scostamento obiettivo/monito raggio 31.12.2016	% raggiungim ento	Peso % raggiunt o
<b>OBIETTIVI AZIENDALI</b>										
Digitalizzazione :Rics Pacs	5%		Attivazione Ris Pacs entro l'anno		Attivazione Ris Pacs	N.V.	Criticità Estar e ATI Ebit_Fuji	N.V.	N.V.	
Capacità di ricerca: Monitoraggio e valutazione attività scientifica e di ricerca	15%		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 indicatore Impact Factor anno 2015 a Giugno	Calcolo indicatore Impact Factor anno 2015 a Giugno	Calcolo indicatore Impact Factor anno 2015 a Giugno <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	15
Registro Mortalità della Regione Toscana	10%		Controlli dati di mortalità	Effettuazione controlli dati di mortalità	Trasmissione alle Aziende Usi 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	Inviata la check list e la tavola relativa allo stato avanzamento della raccolta dati	Inviata la check list e la tavola relativa allo stato avanzamento della raccolta dati	Inviata la check list e la tavola relativa allo stato avanzamento della raccolta dati <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
Nuovo gestionale Registri	15%	Resp. Epid.clinica, coinv. Epid.fatt.ris chi, SC Att.amm.ve.,Coord.stat.	Attivazione programma gestionale Università degli Studi di Firenze per i Registri		Implementazione programma gestionale		Programma gestionale non consegnato dall'Università degli studi di Firenze e quindi non collaudato	N.V.	N.V.	



## OBIETTIVI 2016

**Posizione organizzativa: Coordinamento Statistico**

**Dott.ssa Patrizia Falini**

<b>OBIETTIVI 2016</b> Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	<b>Peso %</b>	<b>Resp/Coin</b>	<b>Obiettivo specifico</b>	<b>Azioni</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Scostamento obiettivo/monito raggio 30.06.2016</b>	<b>Scostamento obiettivo/monito raggio 30.09.2016</b>	<b>Scostamento obiettivo/monito raggio 31.12.2016</b>	<b>% raggiungim ento</b>	<b>Peso % raggiunt o</b>
Partecipazione al cruscotto direzionale	15%		Monitoraggio bimestrale degli indicatori di competenza del cruscotto direzionale		N° invii indicatori di competenza	3 invii (indicatori 1° bimestre 2016, 1° quadrimestre 2016 e 1° semestre 2016)	4 invii 2016(indicatori 1° bimestre , 1° quadrimestre , 1° semestre , 9 mesi 2016)	4 invii 2016(indicatori 1° bimestre , 1° quadrimestre , 1° semestre , 9 mesi 2016) <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	15
Ottimizzazione utilizzo risorse	20%	Resp. Coordinamento Statistico Coinvolti: Epid clinica, Epid. Fattori rischio	Analisi carichi di lavoro del personale- statistico Valutazione del consumo di risorsa del personale statistico		Documento che stabilisca i criteri di analisi dei carichi di lavoro- la valutazione del consumo di risorsa del personale		A Luglio è stata effettuata la descrizione delle attività svolte e dalla 2° metà di Settembre la compilazione di un time report	Pervenuta relazione sul metodo di analisi del consumo risorse del personale <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	20
Prevenzione della corruzione	2%		Mappatura dei processi ed individuazione delle aree di rischio entro Novembre		Predisposizione della mappatura dei processi ed individuazione delle aree di rischio	N.V.	Non effettuata mappatura aree di rischio	Inviata mappatura dei processi 30.11.2016 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2

## OBIETTIVI 2016

**Posizione organizzativa: Coordinamento Statistico**

**Dott.ssa Patrizia Falini**

<b>OBIETTIVI 2016</b> Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monito raggio 30.06.2016	Scostamento obiettivo/monito raggio 30.09.2016	Scostamento obiettivo/monito raggio 31.12.2016	% raggiungi mento	Peso % raggiunt o
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	10%		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	Nessu verbale pervenuto	Verbali riunioni 16/6 4/7 e 12/9	Verbali riunioni 16/6 4/7 12/9 e 13/12/16 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
Adesione e facilitazione piano d'accreditamento	3%		Produzione indicatori		Elaborazione indicatori		Elaborati indicatori Accredитamento	Elaborati indicatori Accredитamento Rapporto CRR <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	3
<b>OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR</b>										
Capacità di ricerca giovani	5%		Articoli su riviste importanti di uno statistico di età inferiore ai 40 anni		Almeno un articolo in cui un giovane statistico appare come autore su rivista con IF superiore a 5		Articolo su Oxford journal"Reduced and full preparation colonography...	Articolo su Oxford journal"Reduced and full preparation colonography... <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>									80

**% 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

OSSERVAZIONI:

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

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

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

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

## BUDGET 2016

S.C. Amministrazione, Gestione risorse umane, Attività tecniche e Supporto alla ricerca

OBIETTIVI 2016 Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2016	% raggiungimento	Peso % raggiunto
<b>STRATEGIE E PROGETTI REGIONALI</b>									
Efficienza ed economicità	10%		Ottimizzazione archiviazione della documentazione (% scatole difformi < 25%)	Controllo a campione documenti archiviati e report % scatole difformi per Struttura Organizzativa	Richiesto controllo a campione a Cooperativa che si occupa dell'archiviazione	La cooperativa che si occupa di archiviazione ha comunicato che non ci sono documenti difformi nelle scatole	La cooperativa che si occupa di archiviazione ha comunicato che non ci sono documenti difformi nelle scatole <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
Carta sanitaria elettronica (CSE): referti di radiologia e laboratorio : completezza e qualità dati	5%		Corretta identificazione del cittadino referti di radiologia >=98,5% Corretta identificazione del cittadino referti di laboratorio >=98,5%	% corretta identificazione del cittadino: referti di radiologia % corretta identificazione del cittadino: referti di laboratorio	Dato indicatore Mes 2016 non disponibile, indicatore 2015 B8.4.1 Corretta identificazione cittadino 100%	Dato indicatore Mes 2016 non disponibile, indicatore 2015 B8.4.1 Corretta identificazione cittadino 100%	Dato indicatore ancora non fornito da RT	N.V.	

## BUDGET 2016

**S.C. Amministrazione, Gestione risorse umane, Attività tecniche e Supporto alla ricerca**

<b>OBIETTIVI 2016</b> Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2016	% raggiungimento	Peso % raggiunto
<b>OBIETTIVI AZIENDALI</b>									
Correttezza amministrativa	10%	Resp. S.C. Amministrazione, Gestione Risorse, Attività tecniche e Supporto alla ricerca, Coinv. SS Bilancio, Contabilità e Investimenti	Predisposizione di una procedura operativa per la gestione degli ordini Beni e Servizi entro <del>Ottobre</del> l'anno	Redazione procedura operativa	In programma incontri per la definizione della procedura	Primo ncontro per la definizione della procedura 18/10	Redazione procedura operativa Gestione processo acquisizione beni e servizi e invio il 23.12.16 al Direttore Amministrativo per approvazione <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
Facilitazione incontri di Istituto per informazioni di competenza	5%		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	Nessuna presentazione richiesta durante gli Uffici di Direzione	Nessuna presentazione	1 presentazione il 21/11 procedura disciplinare comparto e dirigenza <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Certificazione di bilancio	10%		Passaggio gestione cespiti su Cepas entro <del>Settembre</del> l'anno	Inserimento e gestione cespiti su Cepas	Sollecitato intervento Estar	Effettuato incontro in data 29/9 e in programma incontro 24/10 con Engineering	Predisposizione file per inserimento tabelle, in attesa completamento da Engineering <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10

# BUDGET 2016

S.C. Amministrazione, Gestione risorse umane, Attività tecniche e Supporto alla ricerca

OBIETTIVI 2016 Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2016	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Rispetto tempi pagamenti	5%		Contenimento Indice medio tempestività pagamenti <=0	Indice medio tempestività pagamenti N. modifiche apportate al file inviato in Regione Toscana di correzione della data di scadenza automatica	Indice medio tempestività pagamenti 1° trimestre 2016 28,04 2° trimestre 2016 1,92	Indice medio tempestività pagamenti 2016 1° trimestre 28,04 2° trimestre 1,92, 3° trimestre: -2,67	Indice medio tempestività pagamenti 2016 7,6 gg (dati inviati da Regione Toscana) 60/67,6=89% <b>Scostamento Ob/Mon: 11%</b>	89	4,45
Prevenzione della corruzione	10%		Mappatura dei processi ed individuazione delle aree di rischio entro Novembre	Predisposizione della mappatura dei processi ed individuazione delle aree di rischio	Non effettuata mappatura aree di rischio	Non effettuata mappatura aree di rischio	Mappatura aree di rischio Settore Area Ricerca <b>Scostamento Ob/Mon: 67%</b>	33	3,3
Partecipazione al cruscotto direzionale	5%		Predisposizione sistema informatizzato per rilevazione dati costo del personale provenienti Estar entro Giugno, dati attività entro Ottobre	Implementazione piattaforma software per il Controllo di gestione	Predisposizione piattaforma software sul costo del personale; dati attività ancora da implementare	Predisposizione piattaforma software sul costo del personale; dati attività ancora da implementare	Predisposizione piattaforma software sul costo del personale; dati attività non implementata causa sistema Informativo Estar <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Comunicazione web	10%		Inserimento e aggiornamento costante dei dati di competenza sul sito Internet sezione "Amministrazione Trasparente"	% dati inseriti/aggiornati rispetto ai dati di competenza	52% dati aggiornati rispetto ai dati di competenza	61 % dati aggiornati rispetto ai dati di competenza	68 % dati aggiornati rispetto ai dati di competenza (62/91) <b>Scostamento Ob/Mon: 32%</b>	68	6,8

## BUDGET 2016

**S.C. Amministrazione, Gestione risorse umane, Attività tecniche e Supporto alla ricerca**

<b>OBIETTIVI 2016</b> Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2016	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Ottimizzazione gestione progetti di ricerca	10%		Revisione procedure interne finalizzate allo snellimento dei tempi procedurali legati alle acquisizioni di personale e beni e servizi per l'attività di ricerca (almeno 2 procedure interne e almeno 2 documenti di condivisione di percorsi con Estar/ e ex As	Approvazione procedure	Nessuna procedura prodotta	Nessuna procedura prodotta	Procedura "Acquisizione collaborazioni esterne per attività di ricerca" (1 procedura su 4 documenti previsti) <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	Nessun verbale di riunione di Struttura pervenuto	Nessun verbale di riunione di Struttura pervenuto	Verbali di struttura pervenuti: riunioni del 20/6, 28/9 e 5/12 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Registro Mortalità e Tumori	10%		Attivazione programma gestionale Università degli Studi di Firenze per il Registro di Mortalità e Tumori	Collaudo e utilizzo nuovo programma gestionale	N.V.	Programma gestionale non fornito dall'Università e quindi non collaudato	N.V.	N.V.	
<b>OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR</b>									
Riorganizzazione Laboratorio	3%		Trasferimento Laboratorio fattori di rischio oncogeni presso locali ITT	Trasferimento entro l'anno			Trasferimento predisposto dal Settore, ma sospeso in attesa accordo Direzioni <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	3

# BUDGET 2016

S.C. Amministrazione, Gestione risorse umane, Attività tecniche e Supporto alla ricerca

<b>OBIETTIVI 2016</b> Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2016	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Efficienza ed economicità	2%		Contenimento dei costi del servizio di gestione trasporti screening mammografico rispetto al 2015	Definizione progetto con proposta di modalità organizzative per la gestione del trasporto screening			Pervenuto progetto con proposta di modalità organizzative per la gestione del trasporto <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>								74,6

**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**

**88**

OSSERVAZIONI:

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

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

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

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

# BUDGET 2016

S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti

Responsabile: Dott.ssa Cristina Gheri

OBIETTIVI 2016 Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/monit oggio 30.06.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggi o 31.12.2016	% raggiungim ento	Peso % raggiunt o
<b>STRATEGIE REGIONALI</b>									
Efficienza ed economicità	10%		Verifica rispetto del tetto di spesa sul personale Verifica rispetto del tetto per costi di funzionamento	Rilascio congruenza economica preventiva Invio tabella con monitoraggio costi di funzionamento trimestrale (da luglio) alla Direzione Amministrativa	Rilascio 21 congruenze economiche di verifica del tetto di spesa sul personale Invio tabella con monitoraggio costi di funzionamento in data 26/6/16	Rilascio 29 congruenze economiche di verifica del tetto di spesa sul personale Invio tabella con monitoraggio costi di funzionamento in data 26/6 e 13/10/2016	Rilascio 32 congruenze economiche di verifica del tetto di spesa sul personale Invio tabella con monitoraggio costi di funzionamento in data 26/6 13/10 e 21/12/2016 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
<b>PERFORMANCE COMPLESSIVA SISTEMA DI VALUTAZIONE (BERSAGLIO)</b>									
Flusso DES: Percentuale di record con codice disciplina corretto	10%		Attribuzione codifica della disciplina a tutti i CdC sanitari presenti nella tabella CdC di Estar	N° CdC con codice disciplina/N° CdC sanitari	Inviata tabella con codifica disciplina CdC (133 CdC con codice disciplina/133 CdC)	Inviata tabella con codifica disciplina CdC (133 CdC con codice disciplina/133 CdC)	Aggiornamento tabella con codifica disciplina cdc(133 CdC con codice disciplina/133 CdC) <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
<b>OBIETTIVI AZIENDALI</b>									
Rispetto tempi pagamenti	10%		Contenimento gg tra invio messa in pagamento tramite PEC ed esecuzione del mandato <= 30 gg	GG tra invio messa in pagamento tramite PEC ed esecuzione del mandato (data mandato)	GG tra invio messa in pagamento tramite PEC ed esecuzione del mandato 0,4 GG	GG tra invio messa in pagamento tramite PEC ed esecuzione del mandato 0,2 GG	GG tra invio messa in pagamento tramite PEC ed esecuzione del mandato 0,6 GG <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10



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

<b>OBIETTIVI 2016</b> Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	<b>Peso %</b>	<b>Resp/Coin</b>	<b>Obiettivo specifico</b>	<b>Indicatore</b>	<b>Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2016</b>	<b>Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2016</b>	<b>Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2016</b>	<b>% raggiungimento</b>	<b>Peso % raggiunto</b>
Certificazione di bilancio	20%		Predisposizione lettere di circolarizzazione clienti/fornitori selezionate da Società Revisione = 100%	N° di lettere predisposte/N° di lettere richieste	23 lettere predisposte/23 lettere richieste da Società di revisione=100%	24 lettere predisposte/24 lettere richieste da Società di revisione=100%	24 lettere predisposte/24 lettere richieste da Società di revisione=100% <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	20
	5%		Supporto al passaggio della gestione cespiti da extracontabile a procedura su Cepas	Partecipazione agli incontri e alle giornate formative con Engineering	Sollecitato incontro ad Engineering	Effettuato incontro in data 29/9 e in programma incontro a fine ottobre	Partecipazione a tutti gli incontri e alle giornate formative con Engineering <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Manutenzione cruscotto direzionale	10%		Manutenzione/aggiornamento del cruscotto aziendale con indicatori di interesse aziendale Monitoraggio almeno trimestrale degli indicatori del cruscotto direzionale	N° cruscotti aziendali prodotti	Invio Cruscotto direzionale al 30/4 in data 1/6/16	Invio Cruscotto direzionale al 30/4 in data 1/6/16, al 30/6 in data 5/8	Invio Cruscotto direzionale al 30/4 in data 1/6/16, al 30/6 in data 21/11 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
Facilitazione incontri di Istituto per informazioni di competenza	5%		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	1 presentazione Ufficio di Direzione del 22/7/16 sul Bilancio d'esercizio 2015 e Obiettivi di Budget 2016	1 presentazione Ufficio di Direzione del 22/7/16 sul Bilancio d'esercizio 2015	1 presentazione Ufficio di Direzione del 22/7/16 sul Bilancio d'esercizio 2015 e 1 presentazione il 21/11 Indicatori Mes 2016 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Prevenzione della corruzione	10%		Mappatura dei processi ed individuazione delle aree di rischio entro Novembre	Predisposizione della mappatura dei processi ed individuazione delle aree di rischio	N.V.	In corso	Inviata mappatura dei processi per individuazione delle aree di rischio 27.10.2016 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
Comunicazione web	15%		Inserimento e aggiornamento costante dei dati di competenza sul sito Internet sezione "Amministrazione Trasparente"	N. Dati inseriti/ N.Dati da aggiornare in base al Piano della Trasparenza e Anticorruzione	6/6 =100%	6/6 =100%	55/55 =100% (incluso fattispecie al momento non presenti in Ispo ) <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	15

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

<b>OBIETTIVI 2016</b> Delibera G. R.T N. 208 del 16/3/2016	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/monit ggio 30.06.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2016	Scostamento obiettivo/monitoraggi o 31.12.2016	% raggiungim ento	Peso % raggiunt o
<b>OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR</b>									
Correttezza amministrativa	5%	Resp. S.C. Amministrazione, Gestione Risorse, Attività tecniche e Supporto alla ricerca, Coinv. SS Bilancio, Contabilità e Investimenti	Predisposizione di una procedura operativa per la gestione degli ordini Beni e Servizi entro Ottobre-l'anno	Redazione procedura operativa		Incontro con le PPOO SC Amministrazione 18/10/16	Redazione procedura operativa Gestione processo acquisizione beni e servizi e invio il 23.12.16 al Direttore Amministrativo per approvazione <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** \_\_\_\_\_