



**ISPRO**

Istituto per lo studio, la prevenzione  
e la rete oncologica.



**SST**  
Servizio  
Sanitario  
della  
Toscana

# VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE 2017

## BUDGET 2017

Coordinamento Assistenziale e di Prevenzione Dott.ssa Antonella Cipriani										
OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2017	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Delibera G.R.T. N. 65/2017										
AZIONI PER LA SOSTENIBILITA'										
Efficienza ed economicità	10%		Proposta di revisione dotazione individuale dipendenti per servizio lavanderia		Prospetto da inviare alla Ditta con aggiornamento della dotazione individuale per servizio lavanderia	Effettuato incontro con Ditta	Elaborazione progetto "Ottimizzazione del servizio Lavano per la fornitura di vestizioni del personale sanitario di ISPO	Elaborazione progetto "Ottimizzazione del servizio Lavano per la fornitura di vestizioni del personale sanitario di ISPO <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
OBIETTIVI AZIENDALI										
Soddisfazione dell'utente	5%		Azioni di miglioramento poste in essere a fronte dei reclami ricevuti dall'URP 100%		N. azioni di miglioramento/ N. di fattispecie di reclami ricevuti	N.V.	Nessun reclamo ricevuto dall'URP afferente a Coordinamento assistenza prevenzione	Nessun reclamo 1° semestre, 3 azioni miglioramento nel 2° semestre/ 3 reclami (100%) <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
	10%		Raccolta azioni di miglioramento messe in atto dai vari CDR		Report con l'indicatore per CDR	Invio relazione semestrale Urp il 17/7 con report azioni di miglioramento alle segnalazioni Urp	Invio relazione semestrale Urp il 17/7 con report azioni di miglioramento alle segnalazioni Urp	Invio relazione 1° e 2° semestre con report azioni di miglioramento alle segnalazioni Urp <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
Riorganizzazione URP	20%		Presentazione proposta di riorganizzazione del servizio entro Giugno		Documento con proposta	Presentazione proposta riorganizzazione e URP	Riorganizzazione URP realizzata	Riorganizzazione URP realizzata <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	20
Registro Tumori della Regione Toscana e dei sistemi di sorveglianza e monitoraggio regionali	15%	Resp: SC Ep Clin Desc Coinvolti: Coord Statistico	Attività di codifica		Report di analisi	N.V.	N.V.	Inviato report con Analisi attività del Registro Tumori relativo al personale afferente al Coord.ass. prev. In data 25/1/2018 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	15

## BUDGET 2017

<b>Coordinamento Assistenziale e di Prevenzione</b> <b>Dott.ssa Antonella Cipriani</b>
---

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2017	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Prevenzione della corruzione	10%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Aggiornamento mappatura dei processi	Aggiornamento o mappatura dei processi 3/7/2017	Aggiornamento mappatura dei processi 3/7/2017	Aggiornamento mappatura dei processi 3/7/2017 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
	3%		Produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio come da PIPC: I Semestre entro fine Luglio Dicembre e II Semestre entro metà Gennaio		Produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio come da PIPC	N.V.	In relazione al piano triennale della prevenzione della corruzione, si specifica che nel primo semestre 2017 non è stata fatta richiesta di personale. (A13) quindi non possono essere calcolati indicatori presuntivi di rischio	In relazione al piano triennale della prevenzione della corruzione, si specifica che nel secondo semestre 2017 non è stata fatta richiesta di personale. (A13) quindi non possono essere calcolati indicatori presuntivi di rischio <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	3
	3%		Partecipazione al 100% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Ad oggi non ci sono stati eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Ad oggi non ci sono stati eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	3 partecipanti/3 iscritti=100% <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	3
Integrazione multidisciplinare	4%		Coinvolgimento degli Uffici Amministrativi alle riunioni di struttura riguardanti le principali procedure amministrative ( richieste personale, beni e servizi.etc) in almeno 2 riunioni di struttura		N.verbali sottoscritti di riunioni con presenza personale amministrativo coinvolto	Inviati 4 verbali riunioni (13/3,17/5,19/4 25/5)	Inviati 4 verbali riunioni (13/3,17/5,19/4 25/5)	Inviati 5 verbali riunioni (13/3,17/5,19/4 25/5 18/12) <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	4

## BUDGET 2017

<b>Coordinamento Assistenziale e di Prevenzione</b> <b>Dott.ssa Antonella Cipriani</b>
---

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2017	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Carta dei Servizi	15%		Revisione modello Carta dei Servizi		Nuovo modello Carta dei Servizi	in attesa approvazione Direzione	Pervenuta revisione Carta dei Servizi	Pervenuta revisione Carta dei Servizi <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	15
<b>OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR</b>										
Piano annuale risk management	5%		Partecipazione stesura del piano		Piano 2017	Partecipazione alla stesura del Piano annuale risk management 2017	Partecipazione alla stesura del Piano annuale risk management 2017	Partecipazione alla stesura del Piano annuale risk management 2017 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>									

% RAGGIUNGIMENTO  
OBIETTIVI

<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 \_\_\_\_\_

COMPONENTI O.I.V.

\_\_\_\_\_

Firenze,

## BUDGET 2017

Posiziona Organizzativa: Coordinamento Tecnico Sanitario

Dott.ssa Eva Carnesciali

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2017	% raggiungimento	Peso % raggiunto
<b>Delibera G.R.T. N. 65/2017</b>										
<b>AZIONI PER LA SOSTENIBILITA'</b>										
Efficienza ed economicità	10%		Attivazione di un sistema di monitoraggio del servizio di trasporto screening		Predisposizione report di controllo	Sistema di monitoraggio avviato	Sistema di monitoraggio avviato	Predisposizione report di controllo <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
	5%		Contenimento giacenze per dispositivi per approfondimenti (giacenze al 31.12.2017 <= giacenze al 31.12. 2016)		Giacenze finali	Dato disponibile al 31.12.2017; per ora consumi dispositivi	Dato disponibile al 31.12.2017; per ora consumi dispositivi: tecnologia mammatone variata rispetto al 2016	Giacenze per dispositivi per approfondimenti al 31.12.2017 478 pz e giacenze al 31.12. 2016 452 pz <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	Adesione ed estensione dello screening primario HPV		Implementazione al programma HPV primario per almeno n. 9 ex aziende	A Giugno 8 ex Asl (Firenze, Siena, Prato, Massa, Empoli, Viareggio Grosseto Lucca)	8 ex asl	Implementazione al programma HPV primario per almeno n. 9 ex aziende <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	9
<b>OBIETTIVI AZIENDALI</b>										
Soddisfazione dell'utente	10%		Azioni di miglioramento poste in essere a fronte dei reclami ricevuti dall'URP 100%		N. azioni di miglioramento/N. di fattispecie di reclami ricevuti	N.V.	1 azione miglioramento/ 1 reclamo aspetti relazionali tecnico mammografia	N.2 azione miglioramento/ N.2 reclami aspetti relazionali +professionali <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10

## BUDGET 2017

Posiziona Organizzativa: Coordinamento Tecnico Sanitario

Dott.ssa Eva Carnesciali

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2017	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Digitalizzazione :Ris Pacs	25%		Plena operatività Ris primo livello		Data di operatività	In corso i test di funzionalità	E' partito il primo livello Ris 2 Ottobre	E' partito il primo livello Ris 2 Ottobre <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	25
Capacità produttiva: attività laboratorio	10%		Collaborazione ad incremento dei volumi di attività laboratorio erogata Anno 2017 > Anno 2016		Volumi di attività erogata (con esclusione dei volumi effettuati in aggiuntiva)	Genn apr 2017 65872, Genn Apr. 2016 57971	Genn Ago. 2017 129783 , Genn Ago. 2016 117576	Genn Dic. 2017 192614 , Genn Dic. 2016 174614 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
Capacità produttiva: attività radiologica	10%		Collaborazione ad incremento dei volumi di attività diagnostica radiologica erogata: Anno 2017 > Anno 2016		Volumi di attività erogata (con esclusione dei volumi effettuati in aggiuntiva)	mammografie 1 sem. 2017 34125 , 1 sem 2016 31293	mammografie Genn Sett 2017 48420 , Genn Sett. 2016 44741	2017 64083 mammografie, 2016 60355 mammografie <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
Prevenzione della corruzione	5%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Aggiornamento mappatura dei processi	Aggiornamento mappatura dei processi non ancora pervenuto	Aggiornamento mappatura dei processi non ancora pervenuto	Aggiornamento mappatura dei processi inviata in data 28/11 <b>Scostamento Ob/Mon: 8%</b>	91	5
	3%		Produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio come da PITPC: I Semestre entro fine Luglio Dicembre e II Semestre entro metà Gennaio		Produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio come da PITPC	N.V.	N.V.	Indicatori 1° Semestre e 2° Semestre Venerdì 19/1 <b>Scostamento Ob/Mon: 1%</b>	99	3
	3%		Partecipazione al 100% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Ad oggi non ci sono stati eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Ad oggi non ci sono stati eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	3 partecipanti/3 iscritti=100% <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	3

## BUDGET 2017

Posiziona Organizzativa: Coordinamento Tecnico Sanitario

Dott.ssa Eva Carnesciali

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2017	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Integrazione multidisciplinare	5%		Coinvolgimento degli Uffici Amministrativi alle riunioni di struttura riguardanti le principali procedure amministrative ( richieste personale, beni e servizi..etc) in almeno 2 riunioni di struttura		N.verbali sottoscritti di riunioni con presenza personale amministrativo coinvolto	Previste a Settembre 1 riunione con Domenichini e 1 con Regis	Invitato Domenichini, non è intervenuto per sopraggiunti impegni.Programmata riunione con Regis per dicembre p.v.	Inviato verbale 8/9 incontro con Domenichini,4/10 incontro con Domenichini e 22/11 incontro con Regis <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
<b>OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR</b>										
Studio TBS	5%		Effettuazione delle prestazioni legate al progetto TBS 100%		N° inviti effettuati per studio TBS su totale inviti da effettuare	n. inviti effettuati 2746/ n. inviti da effettuare2746= 100%	n. inviti effettuati 2746/ n. inviti da effettuare2746= 100%	Indicatore 100% <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 \_\_\_\_\_

COMPONENTI O.I.V.

Firenze,

## BUDGET 2017

Posizione organizzativa: Coordinamento Statistico

Dott.ssa Patrizia Falini

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/mon toraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/mon toraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/mon toraggio 31.12.2017	% raggiungim ento	Peso % raggiunto
<b>OBIETTIVI AZIENDALI</b>										
Capacità di ricerca: H index	10%	Resp: SC Ep fatt rischio Coinvolti: Laboratorio, Epi cli, Screenin prev. Sec Coord statistico	Valutazione sperimentale applicazione H index per monitoraggio attività di ricerca		Relazione condivisa	Non pervenuta relazione	In attesa convocazione del Responsabile SC Epid. Fattori rischio	Relazione da parte del Responsabile SC Epid fatt rischio Scostamento Ob/Mon: 0%	100	10
Digitalizzazione :Ris Pacs	5%		Plena operatività Ris primo livello		Data di operatività	In corso i test di funzionalità	E' partito il primo livello Ris 2 Ottobre	E' partito il primo livello Ris 2 Ottobre <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
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 C.dR)		Calcolo indicatore Impact Factor (vedi deliberazione DG)	Calcolato indicatore 2016	Calcolato indicatore 2016	Calcolato l'indicatore 2016 <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	Pervenuta Check list controllo dati mortalità controfirmata da Responsabile Epidemiologia dell'ambiente e del lavoro	Pervenuta Check list nel 1° Semestre di controllo dati mortalità controfirmata da Responsabile Epidemiologia dell'ambiente e del lavoro	Pervenuta Check list nel 1° Semestre E 2° Semestre E 2017 di controllo dati mortalità <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
Nuovo gestionale Registri	10%	Resp. Epid.clinica, coinv. Epid.fatt.rischi, SC Att.amm.ve.,Coord.stat.	Collaudo programma gestionale Università degli Studi di Firenze per i Registri per la parte di competenza		Collaudo programma gestionale Registro Mortalità	Programma gestionale non ancora collaudato	Programma gestionale non ancora collaudato	Pervenuto verbale collaudo con riserva. Il DS ha dato indicazione di considerarlo raggiunto <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10



## BUDGET 2017

Posizione organizzativa: Coordinamento Statistico

Dott.ssa Patrizia Falini

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/mon toraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/mon toraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/mon toraggio 31.12.2017	% raggiungim ento	Peso % raggiunto
Partecipazione al cruscotto direzionale	10%		Monitoraggio quadrimestrale degli indicatori di competenza del cruscotto direzionale		N° invii indicatori di competenza	Invio indicatori 1° quadrimestre	Invio indicatori 1° quadrimestre e periodo Gennaio Agosto 2017	Invio indicatori <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
Valutazione fabbisogno di risorse	20%		Predisposizione analisi sui fabbisogni di personale statistico nel triennio 2017-2019		Documento di analisi		Non sono pervenute analisi sui fabbisogni di personale statistico nel triennio	Inviato documento di analisi fabbisogni personale statistico <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	20
Prevenzione della corruzione	7%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Aggiornamento mappatura dei processi	Aggiornamento mappatura dei processi non ancora pervenuto	Aggiornamento mappatura dei processi inviata il 30/10	Aggiornamento mappatura dei processi inviata il 30/10 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	7
	2%		Produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio come da PTPC: I-Semestre entro fine Luglio-Dicembre e II-Semestre entro metà Gennaio		Produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio come da PTPC	N.V.	In seguito a comunicazione Resp anticorruzione e DS obiettivo eliminato	In seguito a comunicazione Resp anticorruzione e DS obiettivo eliminato		
	3%		Partecipazione al 100% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Ad oggi non ci sono stati eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Ad oggi non ci sono stati eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	4 partecipanti/4 iscritti=100% <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	3
Integrazione multidisciplinare	5%		Coinvolgimento degli Uffici Amministrativi alle riunioni di struttura riguardanti le principali procedure amministrative ( richieste personale, beni e servizi..etc) in almeno 2 riunioni di struttura		N.verbali sottoscritti di riunioni con presenza personale amministrativo coinvolto		Incontro 8 Settembre con Domenichini Cipriani Carnesciali	Incontro 8/9 , 20/12 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
<b>OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR</b>										
Registro Mortalità della Regione Toscana	5%		Supporto statistico al collaudo Registro Mortalità		Relazione	Per ora è stato redatto un rapporto intermedio	Per ora è stato redatto un rapporto intermedio	Inviata Relazione <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5

## BUDGET 2017

Posizione organizzativa: Coordinamento Statistico

Dott.ssa Patrizia Falini

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/mon toraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/mon toraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/mon toraggio 31.12.2017	% raggiungim ento	Peso % raggiunto
<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 \_\_\_\_\_

COMPONENTI O.I.V.

Firenze,

## BUDGET 2017

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Responsabile: Dott.ssa Paola Mantellini f.f.

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2017	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Delibera G.R.T. N. 65/2017										
<b>STRATEGIE REGIONALI</b>										
Programmazione di Area Vasta	10%		Attuazione Piano di Area Vasta 2017		Rispetto del Piano di Area Vasta	In corso di attuazione	In corso di attuazione	Attuazione Piano di Area Vasta 2017 Screening Mammografico <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
Prevenzione	10%		Raggiungimento degli obiettivi regionali per l'estensione agli screening oncologici con riferimento anche all'estensione delle coorti previste dalle indicazioni regionali Estensione corretta per esclusioni pre-invito ed esclusioni post-invito per Firenze al netto inviti inesitati: Estensione screening mammografico 50-69 100% Estensione screening colorettales 100% Estensione screening cervice 100% margine di tolleranza 5 punti percentuali		% di estensione agli screening al netto inviti inesitati	<b>Gennaio Aprile 2017</b> Estensione corretta per esclusioni pre-invito e post_invito al netto inviti inesitati <b>screening mammografico 50-69 34,4%</b> <b>screening colorettales 36,5%</b> <b>screening cervice 44,5 % (nuovo metodo calcolo)</b>	Gennaio Agosto 2017 Estensione corretta per esclusioni pre-invito e post_invito al netto inviti inesitati screening mammografico 50-69 77,2% screening colorettales 64,6 % screening cervice 91,1 % (nuovo metodo calcolo)	<b>Gennaio Dicembre 2017</b> Estensione corretta per esclusioni pre-invito e post_invito al netto inviti inesitati screening mammografico 50-69 113,3% screening colorettales 102,32 % screening cervice 109,2% (nuovo metodo calcolo) <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
	5%		Adesione ed estensione dello screening primario HPV		Implementazione al programma HPV primario per almeno n. 9 ex aziende	Firenze, Empoli, Viareggio, Grosseto, Massa, Prato, Siena Lucca	Firenze, Empoli, Viareggio, Grosseto, Massa, Prato, Siena Lucca	Implementazione al programma HPV primario per n. 9 ex aziende <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
	5%		Monitoraggio e coordinamento relativi agli screening oncologici		Invio relazione	Predisposta Relazione 2016	Predisposta Relazione 2016	Nel 2017 predisposta Relazione anno precedente <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5

## BUDGET 2017

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

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2017	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Tempi d'attesa	5%		Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica >90%		Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica >90%	N.V.	N.V.	N.Ricette dematerializzate farmaceutica e specialistica / N.prestazioni erogate medici SC Screening e prevenzione secondaria 123% <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
<b>AZIONI PER LA SOSTENIBILITA'</b>										
Farmaceutica e dispositivi	5%		Mantenimento valore consumo dispositivi medici 2015		Importo consumi dispositivi medici 2017 <= Importo consumi dispositivi medici 2015	Consumi totali 1° Sem. 2017 € 187681 2015 € 168980	Consumi totali Genn Sett 2017 € 263035 2015 € 240953	Consumi Genn Dic 2017 Dispositivi medici € 309523, 2015 € 276902 <b>Scostamento Ob/Mon: 12%</b>	88	4
<b>PERFORMANCE COMPLESSIVA SISTEMA DI VALUTAZIONE (BERSAGLIO)</b>										
Rischio Clinico	2%		Realizzazione di almeno 3 Audit		C6.2.1 N. Audit	2 Audit	2 Audit	5 Audit <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2
	2%		Realizzazione di almeno 6 M&M		C6.2.2 N. M&M	3 M&M	3 M&M	6 M&M <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2
	2%		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti (>3)		C6.6 N. cadute segnalate con il sistema di Incident Reporting (RLS)/N. cadute oggetto di richiesta di risarcimento e cadute con lesioni segnalate con RLS .	Non sono state rilevate cadute dei pazienti	Non sono state rilevate cadute dei pazienti	Non sono state rilevate cadute dei pazienti <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2
	2%		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)		C6.7.1	Non sono stati rilevati eventi sentinella	Non sono stati rilevati eventi sentinella	Non sono stati rilevati eventi sentinella <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2

## BUDGET 2017

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Responsabile: Dott.ssa Paola Mantellini f.f.

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2017	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Carta sanitaria elettronica (CSE): referti di radiologia : completezza e qualità dati	2%		Digitalizzazione referti: firma digitale >=98% dall'attivazione ris pac		B24.2.1.2. % di referti di radiologia firmati digitalmente	La digitalizzazione dei referti diagnostici è condizionata dall'attivazione di Ris Pacs	Obiettivo eliminato perché non pertinente per lo screening mammografico			
<b>OBIETTIVI AZIENDALI</b>										
Soddisfazione dell'utente	2%		Azioni di miglioramento poste in essere a fronte dei reclami ricevuti dall'URP 100%		N. azioni di miglioramento/ N. di fattispecie di reclami ricevuti	N.V.	2 azioni miglioramento/ 1 reclamo aspetto tecnico professionali, 1 aspetti relazionali	1° Semestre 17 :2 azioni miglioramento/ 1 reclamo aspetto tecnico professionali, 1 aspetti relazionali , 2° Semestre 17, 3 azioni miglioramento/3 reclami 100% <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2
Integrazione multidisciplinare	3%		Coinvolgimento degli Uffici Amministrativi alle riunioni di struttura riguardanti le principali procedure amministrative ( richieste personale, beni e servizi.etc) in almeno 2 riunioni di struttura		N.verbali sottoscritti di riunioni con presenza personale amministrativo coinvolto	Invio verbale riunione del 10/4/17 con SC Amministrazione gest.risorse attività tecniche e supporto alla ricerca per criticità acquisizione apparecchiature e dispositivi	Invio verbale riunione del 10/4/17 con SC Amministrazione gest.risorse attività tecniche e supporto alla ricerca, verbale 24/7 accreditamento	Invio verbale riunione del 10/4/17 con SC Amministrazione gest.risorse attività tecniche e supporto alla ricerca, verbale 24/7 accreditamento, 20/12 Ufficio Comunicazione <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	3
Appropriatezza	3%		Mantenimento dell'indicatore sugli approfondimenti mammografici (lesioni aspirate) rispetto al 2016		N. lesioni aspirate con diagnosi citologica uguale a C1 (solo materiale assente) / N. totale di lesioni aspirate*100	N.V.	N.V.	Indicatore mantenimento dell'indicatore anno 2016 33,8%, anno 2017 27,5% <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	3

## BUDGET 2017

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Responsabile: Dott.ssa Paola Mantellini f.f.

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2017	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Digitalizzazione :Ris Pacs	20%		Piena operatività Ris primo livello		Data di operatività	In corso i test di funzionalità	E' partito il primo livello Ris 2 Ottobre	E' partito il primo livello Ris 2 Ottobre <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	20
Tempi di attesa per invio referto negativo screening mammografico	5%		Tempi d'attesa referto negativo screening mammografico entro 21 gg almeno 90 %		Tempi d'attesa referto negativo screening mammografico entro 21 gg	Tempi d'attesa referto negativo screening mammografico entro 21 gg 99,6 %	Tempi d'attesa referto negativo screening mammografico entro 21 gg 99,2 %	Tempi d'attesa referto negativo screening mammografico entro 21 gg 84,3 % <b>Scostamento Ob/Mon: 7%</b>	93	5
Capacità di ricerca: Impact Factor	2%		IF di struttura uguale all'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni		IF Anno 2017 > IF medio Anni 2014 -2015_2016	N.V.	N.V.	Media 2014_15_16 36,11, 2017 47,59 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2
Capacità di ricerca: H index	2%	Resp: SC Ep fatt rischio Coinvolti: Laboratorio, Epi cli, Screenin prev. Sec Coord stat	Valutazione sperimentale applicazione H index per monitoraggio attività di ricerca		Relazione condivisa	In corso di predisposizione	In attesa convocazione del Responsabile SC Epid. Fattori rischio	Pervenuta relazione da parte del Responsabile SC Epid fatt rischio <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2
Prevenzione della corruzione	2%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Aggiornamento mappatura dei processi	Aggiornamento mappatura dei processi non ancora inviato	Aggiornamento mappatura dei processi inviato entro Ottobre	Aggiornamento mappatura dei processi inviato 30 Ottobre <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2
	2%		Produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio come da PITPC: I Semestre entro fine Luglio Dicembre e II Semestre entro metà Gennaio		Produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio come da PITPC	N.V.	Produzione indicatori presuntivi di rischio per audit Libera professione	Produzione indicatori presuntivi di rischio Libera professione 1 semestre 24/7/17, non pervenuti 2° semestre <b>Scostamento Ob/Mon: 50%</b>	50	1

## BUDGET 2017

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

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2017	% raggiungimento	Peso % raggiunto
	2%		Partecipazione al 100% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Ad oggi non ci sono stati eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Ad oggi non ci sono stati eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	8 partecipanti/10 iscritti=80% Scostamento Ob/Mon: 20% Scostamento Ob/Mon: 20%	80	2
Qualità della documentazione sanitaria	2%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta	Monitoraggio quadrimestrale su campione del 5 49% delle schede sanitarie	Schede cliniche ambulatoriali/ referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla procedura aziendale/ check list aziendali >= 90%	N.V.	N.V.	Monitoraggio sul campione di cartelle, risulta soddisfatto lo standard di qualità Scostamento Ob/Mon: 0%	100	2
<b>OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR</b>										
Comunicazione all'utente	3%		Partecipazione al gruppo regionale sulla comunicazione		Depliant regionali prodotti	Documentazione predisposta e fornita al settore competente della Regione Toscana	Documentazione predisposta e fornita al settore competente della Regione Toscana	Documentazione predisposta e fornita al settore competente della Regione Toscana Scostamento Ob/Mon: 0%	100	3
Progetti equità all'accesso	4%		Adesione ad almeno 2 progetti		Relazione	Aderito a 2 progetti Stenone e carceri	Aderito a 2 progetti Stenone e carceri	Aderito a 2 progetti Stenone e carceri Scostamento Ob/Mon: 0%	100	4
<b>TOTALE</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

% RAGGIUNGIMENTO  
OBIETTIVI

98

OSSERVAZIONI

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

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

## BUDGET 2017

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Responsabile: Dott.ssa Paola Mantellini f.f.

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monita- ggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2017	% raggiungiment o	Peso % raggiunto
----------------	--------	-----------	---------------------	--------	------------	---	--	---	-------------------------	---------------------

Visto del Controllo di Gestione

Il Responsabile di CdR

COMPONENTI O.I.V.

Firenze,



## BUDGET 2017

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2017	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Delibera G.R.T. N. 65/2017										
<b>STRATEGIE REGIONALI</b>										
Tempi d'attesa	10%		Partecipazione al percorso di follow up oncologico		N. ambulatori per il follow up oncologico	2 ambulatori a settimana; invio PDTA Careggi sulla patologia mammaria		N.161 ambulatori di follow up oncologico Scostamento Ob/Mon: 0%	100	10
	2%		Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica >90%		Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica >90%	N.V.	In attesa integrazione Ris	Dal Report Regione Toscana non risultano Ricette dematerializzate nel 2017	0	0
Prevenzione	20%		Incremento Volumi screening mammografico rispetto al 2016		Volumi screening mammografico Ispo	n. mammografie screening Ispo Gennaio Giugno 2017 28980, Gennaio Giugno 2016 26059	n. mammografie screening Ispo Gennaio Settembre 2017 38476, Gennaio Settembre 2016 34835	n. mammografie screening Ispo Gennaio Dicembre 2017 64083, Gennaio Dicembre 2016 60355 Scostamento Ob/Mon: 0%	100	20
<b>PERFORMANCE COMPLESSIVA SISTEMA DI VALUTAZIONE (BERSAGLIO)</b>										
	3%		Realizzazione di almeno 3 Audit		C6.2.1 N. Audit	0 Audit	0 Audit	3 Audit Scostamento Ob/Mon: 0%	100	3
	3%		Realizzazione di almeno 6 M&M		C6.2.2 N. M&M	0 M&M	0 M&M	6 M&M Scostamento Ob/Mon: 0%	100	3

## BUDGET 2017

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2017	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Rischio Clinico	3%		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti (>3)		C6.6 N. cadute segnalate con il sistema di Incident Reporting (RLS)/N. cadute oggetto di richiesta di risarcimento e cadute con lesioni segnalate con RLS.	Non sono state rilevate cadute dei pazienti	Non sono state rilevate cadute dei pazienti	Non sono state rilevate cadute dei pazienti Scostamento Ob/Mon: 0%	100	3
	3%		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B) =100%		C6.7.1	Non sono stati rilevati eventi sentinella	Non sono stati rilevati eventi sentinella	Non sono stati rilevati eventi sentinella Scostamento Ob/Mon: 0%	100	3
Carta sanitaria elettronica (CSE): referti di radiologia : completezza e qualità dati	3%		Digitalizzazione referti: firma digitale >=98% dall'attivazione ris pacs		B24.2.1.2. % di referti di radiologia firmati digitalmente	La digitalizzazione dei referti diagnostici è condizionata dall'attivazione di Ris Pacs	La digitalizzazione dei referti diagnostici è condizionata dall'attivazione di Ris Pacs	N.V.		
<b>AZIONI PER LA SOSTENIBILITA'</b>										
Farmacutica e dispositivi	5%		Mantenimento valore consumo dispositivi medici 2016		Importo consumi dispositivi medici 2017<= Importo consumi dispositivi medici 2016	Consumi totali 1° Sem. 2017 43843 1° Sem. 2016 € 43812	Consumi Genn Dic 2017 € 79425 2016 € 71413	Consumi dispositivi medici Genn Dic 2017 € 98311, 2016 € 103079 Scostamento Ob/Mon: 0%	100	5
<b>OBIETTIVI AZIENDALI</b>										
Soddisfazione dell'utente	3%		Azioni di miglioramento poste in essere a fronte dei reclami ricevuti dall'URP 100%		N. azioni di miglioramento/ N. di fattispecie di reclami ricevuti	N.V.	Sono stati presentati reclami afferenti la Struttura, ma DS li ha considerati non pertinenti o non attribuibili	Non sono stati segnalati reclami attribuibili alla Senologia Scostamento Ob/Mon: 0%	100	3

## BUDGET 2017

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2017	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Integrazione multidisciplinare	3%		Coinvolgimento degli Uffici Amministrativi alle riunioni di struttura riguardanti le principali procedure amministrative ( richieste personale, beni e servizi..etc) in almeno 2 riunioni di struttura		N.verbali sottoscritti di riunioni con presenza personale amministrativo coinvolto	Invio verbale riunione 18/7 con settore Attività tecniche patrimoniali ed economali per criticità aghi e manutenzioni arredi	verbale 18/7	verbale 31/3,20/4 e 18/7 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	3
Digitalizzazione :Ris Pacs	20%		Piena operatività Ris primo livello		Data di operatività	In corso i test di funzionalità	E' partito il primo livello Ris 2 Ottobre	E' partito il primo livello Ris 2 Ottobre <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	20
Prevenzione della corruzione	5%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Aggiornamento mappatura dei processi	Non pervenuto aggiornamento mappatura processi	Non pervenuto aggiornamento mappatura processi	Inviata mappatura dei processi il 22/11 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
	3%		Produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio come da PTPC: I Semestre entro fine Luglio Dicembre e II Semestre entro metà Gennaio		Produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio come da PTPC	Sono stati trasmessi solo per l'area oggetto di Audit riferiti al I trimestre	Produzione indicatori presuntivi di rischio per audit Libera professione	Produzione indicatori presuntivi di rischio per Libera professione 23 e 29/8, 31/1 <b>Scostamento Ob/Mon: 4%</b>	96	3
	2%		Partecipazione al 100% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Ad oggi non ci sono stati eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Ad oggi non ci sono stati eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	I iscritto, nessun partecipante agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione <b>Scostamento Ob/Mon: 100%</b>	0	0
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	3%		Effettuazione di almeno 1 riunione complessiva di struttura ogni 6 mesi per analisi delle attività/monitoraggio budget con partecipazione delle PO dei coordinamenti		N° di riunioni di struttura con elenco sottoscritto dei partecipanti	Invio verbale 31/3 e 18/7	Invio verbale 31/3 e 18/7	Invio verbale 31/3 e 18/7 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	3

## BUDGET 2017

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2017	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Qualità della documentazione sanitaria	4%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta >= 90%	Monitoraggio quadrimestrale su campione del 5 49% delle schede sanitarie	Schede cliniche ambulatoriali/ referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla procedura aziendale/ check list aziendali	N.V.	N.V.	Monitoraggio sul campione di 120 cartelle, risulta soddisfatto lo standard di qualità <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	4
<b>OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR</b>										
organizzazione tirocini	5%		Gestione 100% delle richieste di tirocinio		N. tirocini effettuati rispetto N. tirocini richiesti	Sono state effettuate ad oggi n. 5 edizioni (entro Dicembre sono previste 15 edizioni come da Piano eventi scientifici 2017).	n. 6 Edizioni Tirocinio in Senologia effettuate al 30/09/2017, n. 7 Partecipanti effettivi al 30/09/2017	A)Edizioni previste nel Piano al al 30/12/2017 n. 15. Partecipanti previsti nel Piano al 30/12/2017 n. 30 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>									<b>93</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

96

**OSSERVAZIONI**

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

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

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

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

COMPONENTI O.I.V.

Firenze,

## BUDGET 2017

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

Responsabile: Dr. Domenico Palli

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2017	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Delibera G.R.T. N. 65/2017										
<b>STRATEGIE REGIONALI</b>										
Prevenzione	11%		Monitoraggio attuazione piani operativi sorveglianza ex esposti ad amianto		Monitoraggio attuazione piani operativi sorveglianza ex esposti ad amianto	Non ancora effettuato	In corso	Monitoraggio attuazione piani operativi sorveglianza ex esposti ad amianto <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	11
Sperimentazioni cliniche	5%		Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 Studi) Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMSO-CRM&FEASIBILITY 60 % dei nuovi studi)		N. studi clinici informatizzati N. personale identificato dall'Istituto	Partecipazione personale identificato alle riunioni con Gruppo RT e ad incontri interni. Inserimento da Settembre	Partecipazione Turci e Saieva alle riunioni Gruppo RT e ad incontri interni (13.20 e 27/10). Inserimento progetti	Partecipazione Turci e Saieva alle riunioni Gruppo RT e ad incontri interni (13.20 e 27/10). Inserimento progetti <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
<b>OBIETTIVI AZIENDALI</b>										
Registro Mortalità della Regione Toscana	11%		Collaudo programma gestionale Università degli Studi di Firenze per il Registro di Mortalità entro Settembre		Collaudo programma gestionale	Programma gestionale non ancora collaudato	Programma gestionale non ancora collaudato	inviato verbale collaudo <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	11
Capacità di ricerca: Impact Factor	11%		IF di struttura uguale all'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni		IF Anno 2017 > IF medio Anni 2014 -2015_2016	N.V.	N.V.	Media 2014_15_16 479,56, 2017 515,01 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	11
Capacità di ricerca: H index	22%	Resp: SC.Ep.fatt.rischio Coinvolti: Laboratorio, Epi, ch, Screenin prev. Sec Coord stat	Valutazione sperimentale applicazione H index per monitoraggio attività di ricerca		Relazione condivisa	In corso di predisposizione	In corso di predisposizione	Relazione pervenuta in data 24/5/18 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	22

## BUDGET 2017

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

Responsabile: Dr. Domenico Palli

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2017	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Capacità di ricerca e Fund Raising	10%		Capacità di attrarre finanziamenti esterni attraverso partecipazione ai bandi di ricerca usciti nell'anno; presentazione di un numero uguale o maggiore di progetti rispetto ai bandi precedenti		N° di progetti presentati con il coinvolgimento dell'ufficio Attività amm.ve supporto area ricerca	5 progetti presentati nel 1° Sem. 2017, 5 progetti totale anno 2016	5 progetti presentati Genn Sett 2017, 5 progetti totale anno 2016	6 progetti presentati anno 2017, 5 progetti totale anno 2016 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	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 3	Non ancora pubblicato articolo di giovane ricercatore	Non è pervenuto articolo di giovane ricercatore	Publicato articolo giovane ricercatore su International journal of cancer "Coffee, tea and melanoma risk" <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
Prevenzione della corruzione	10%		Mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione della mappatura dei processi	Non ancora pervenuta mappatura dei processi	Inviata mappatura processi	Inviata mappatura processi 5/10 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
	4%		Partecipazione al 100% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Eventi formativi sulla prevenzione della corruzione ancora non effettuati da Ispo	Eventi formativi sulla prevenzione della corruzione ancora non effettuati da Ispo	N.V. Non è stato individuato nessun componente SC		
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	4%		Effettuazione di almeno 1 riunione complessiva di struttura ogni 6 mesi per analisi delle attività/monitoraggio budget con partecipazione delle PO dei coordinamenti		N° di riunioni di struttura con elenco sottoscritto dei partecipanti	Non ancora pervenuti verbali	Inviato verbale riunione 18/10	Inviato verbale riunione 18/10 e 6/12/18 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	4
Integrazione multidisciplinare	2%		Coinvolgimento degli Uffici Amministrativi alle riunioni di struttura riguardanti le principali procedure amministrative ( richieste personale, beni e servizi..etc) in almeno 2 riunioni di struttura		N.verbali sottoscritti di riunioni con presenza personale amministrativo coinvolto	Non ancora pervenuti verbali	Non ancora pervenuti verbali	Inviato verbale 31/10,06/12/2017 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>									<b>96</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 \_\_\_\_\_

## BUDGET 2017

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

Responsabile: Dr. Domenico Palli

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio o 30.09.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2017	% raggiungimento	Peso % raggiunto
----------------	--------	-----------	---------------------	--------	------------	---	---	---	------------------	------------------

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

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

COMPONENTI O.I.V.

Firenze,

## BUDGET 2017

S.C. Epidemiologia Clinica

Responsabile: Dott. Marco Zappa f.f.

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2017	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Delibera G.R.T. N. 65/2017										
<b>STRATEGIE REGIONALI</b>										
Sperimentazioni cliniche	5%		Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 Studi) Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO-CRM&FEASIBILITY 60 % dei nuovi studi)		N. studi clinici informatizzati N. personale identificato dall'Istituto	Partecipazione personale identificato (2 dipendenti) alle riunioni con Gruppo RT e ad incontri interni. Inserimento previsto da Settembre	Partecipazione Turci e Saieva alle riunioni Gruppo RT e ad incontri interni (13.20 e 27/10). Inserimento progetti "Innovazione mammografia Tomosintesi", "Adenoma detection rate colonscopia", "Accesso alle cure sost. psic. e sorv. Epid. Amianto"	Partecipazione Turci e Saieva riunioni Gruppo RT e ad incontri interni (13.20 e 27/10). Inserimento progetti " <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b> "	100	5
<b>OBIETTIVI AZIENDALI</b>										
Registro Tumori e Mortalità della Regione Toscana	28%	Resp: SC Ep Clin Desc Coinvolti: Coord Ass Prev Coord Statistico	Collaudo programma gestionale Università degli Studi di Firenze per il Registro di Mortalità (entro Settembre) e Registro Tumori		Collaudo e utilizzo nuovo programma gestionale	Programma gestionale non ancora collaudato	Programma gestionale non ancora collaudato	inviato verbale collaudo Scostamento Ob/Mon: 0%	100	28
Capacità di ricerca: Impact Factor	15%		IF di struttura uguale all'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni		IF Anno 2017 > IF medio Anni 2014 -2015_ 2016	N.V.	N.V.	Media 2014_15_16 147,52, 2017 107,53 Scostamento Ob/Mon: 27%	73	11
Capacità di ricerca: H index	15%	Resp: SC Ep fatt rischio Coinvolti: Laboratorio, Epi eli, Screenin prev. Sec Coord stat	Valutazione sperimentale applicazione H index per monitoraggio attività di ricerca		Relazione condivisa	Non pervenuta relazione	In attesa convocazione dal Responsabile SC Epid. Fattori rischio	Pervenuta relazione da parte del Responsabile SC Epid fatt rischio Scostamento Ob/Mon: 0%	100	15



## BUDGET 2017

S.C. Epidemiologia Clinica

Responsabile: Dott. Marco Zappa f.f.

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2017	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Capacità di ricerca giovani	13%		Articoli su riviste importanti con primo o secondo 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	Non ancora pubblicato articolo di giovane ricercatore	Articolo di giovane ricercatore in via di pubblicazione	Pervenuto articolo in attesa pubblicazione Scostamento Ob/Mon: 0%	100	13
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	1 progetto 1 sem 2017, 4 progetti totale anno 2016	1 progetto Gen Sett 2017, 4 progetti totale anno 2016	2 progetti anno 2017, 4 progetti totale anno 2016 Scostamento Ob/Mon: 50%	50	3
Prevenzione della corruzione	5%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Aggiornamento mappatura dei processi	Non pervenuto aggiornamento	Aggiornamento mappatura dei processi il 31/10/2017	Aggiornamento mappatura dei processi il 31/10/2017 Scostamento Ob/Mon: 0%	100	5
			Produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio come da PTPC: I Semestre entro fine Luglio Dicembre e II Semestre entro metà Gennaio		Produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio come da PTPC	N.V.	In seguito a comunicazione Resp anticorruzione e DS obiettivo eliminato			
	3%		Partecipazione al 100% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Eventi formativi sulla prevenzione della corruzione ancora non effettuati da Ispo	Eventi formativi sulla prevenzione della corruzione ancora non effettuati da Ispo	3 partecipanti/4 iscritti=75% Scostamento Ob/Mon: 25%	75	2
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	3%		Effettuazione di almeno 1 riunione complessiva di struttura ogni 6 mesi per analisi delle attività/monitoraggio budget con partecipazione delle PO dei coordinamenti		N° di riunioni di struttura con elenco sottoscritto dei partecipanti	Pervenuto verbale riunione 8/6/17	Pervenuti verbali riunioni 8/6 e 20/10/17	Pervenuti verbali riunioni 8/6 e 20/10/17 Scostamento Ob/Mon: 0%	100	3

## BUDGET 2017

S.C. Epidemiologia Clinica

Responsabile: Dott. Marco Zappa f.f.

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2017	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Integrazione multidisciplinare	3%		Coinvolgimento degli Uffici Amministrativi alle riunioni di struttura riguardanti le principali procedure amministrative ( richieste personale, beni e servizi..etc) in almeno 2 riunioni di struttura		N.verbali sottoscritti di riunioni con presenza personale amministrativo coinvolto	Non pervenuti verbali	Inviato verbale riunione 6/6/2017	Inviato verbale riunione 6/6/2017 e 6/12/2017 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	3
<b>OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR</b>										
Valutazione densità mammografica per il cambiamento protocollo di screening	5%		Presentazione di una relazione conclusiva		Relazione conclusiva	Non pervenuta relazione	Lavoro in corso	relazione conclusiva in data 21/3/18 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>									

% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI

93

**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 \_\_\_\_\_

COMPONENTI O.I.V.

Firenze,

## BUDGET 2017

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

Responsabile: Dott. ssa Francesca Carozzi f.f.

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2017	% raggiunto	Peso % raggiunto
<b>Delibera G.R.T. N. 65/2017</b>										
<b>STRATEGIE REGIONALI</b>										
Programmazione di Area Vasta	10%		Attuazione Piano di Area Vasta 2017		Rispetto del Piano di Area Vasta	Screening Hpv primario	Screening Hpv primario	Screening Hpv primario Scostamento Ob/Mon: 0%	100	10
Prevenzione	20%		Adesione ed estensione dello screening primario HPV		Implementazione al programma HPV primario per almeno n. 9 ex aziende	A Giugno 8 ex Asl (Firenze, Siena, Prato, Massa, Empoli, Viareggio Grosseto Lucca)	Firenze, Siena, Prato, Massa, Empoli, Viareggio Grosseto Lucca	Implementazione al programma HPV primario per n. 9 ex aziende Scostamento Ob/Mon: 0%	100	20
<b>PERFORMANCE COMPLESSIVA SISTEMA DI VALUTAZIONE (BERSAGLIO)</b>										
Rischio Clinico	3%		Realizzazione di almeno 3 Audit		C6.2.1 N. Audit	2 Audit	2 Audit	3 Audit Scostamento Ob/Mon: 0%	100	3
	3%		Realizzazione di almeno 6 M&M		C6.2.2 N. M&M	4 M&M	7 M&M	11 M&M Scostamento Ob/Mon: 0%	100	3
	3%		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B) 100%		C6.7.1	Non sono state rilevate eventi sentinella	Non sono state rilevate eventi sentinella	Non sono stati rilevate eventi sentinella Scostamento Ob/Mon: 0%	100	3
Carta sanitaria elettronica (CSE): referti di laboratorio : completezza e qualità dati	5%		Digitalizzazione referti per lo screening alla cervice per almeno 4 ex aziende		N. ex aziende con firma digitale	Nessuna azienda sul nostro gestionale, ma firma digitale su gestionali altre aziende	Nessuna azienda sul nostro gestionale, ma firma digitale su gestionali altre aziende	6 ex aziende Scostamento Ob/Mon: 0%	100	5
<b>OBIETTIVI AZIENDALI</b>										
Integrazione multidisciplinare	3%		Coinvolgimento degli Uffici Amministrativi alle riunioni di struttura riguardanti le principali procedure amministrative ( richieste personale, beni e servizi...etc) in almeno 2 riunioni di struttura		N.verbali sottoscritti di riunioni con presenza personale amministrativo coinvolto	Inviati 2 verbali di riunioni (con Settore att.tecniche 22-5 e Settore att.amm. Supporto ricerca 28-6)	Inviati 3 verbali di riunioni (con Settore att.tecniche 22-5, Settore att.amm. Supporto ricerca 28-6, Settore att. Tecniche 2/10)	Inviati 3 verbali di riunioni (con Settore att.tecniche 22-5, Settore att.amm. Supporto ricerca 28-6, Settore att. Tecniche 2/10) Scostamento Ob/Mon: 0%	100	3

## BUDGET 2017

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

Responsabile: Dott. ssa Francesca Carozzi f.f.

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2017	% raggiunto	Peso % raggiunto
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	tempi di attesa per invio referto negativo entro 30 gg 99,3 % Genn Apr 17	tempi di attesa per invio referto negativo Pap test entro 30 gg 96,2 % Genn Ago 17, referto negativo HPV entro 30 gg 99,9 % Genn Ago 17	tempi di attesa per invio referto negativo Pap test entro 30 gg 97,3 % Genn Dic 17, referto negativo HPV entro 30 gg 99,9 % Genn Dic 17	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	tempi di attesa per invio referto negativo entro 30 gg 100 % Genn Apr 17	tempi di attesa per invio referto negativo entro 30 gg 100 % Genn Ago 17	tempi di attesa per invio referto negativo entro 30 gg 100 % Genn Dic 17 Scostamento Ob/Mon: 0%	100	5
Capacità di ricerca e Fund Raising	5%		Capacità di attrarre finanziamenti esterni attraverso partecipazione ai bandi di ricerca usciti nell'anno: presentazione di almeno 3 progetti		N° di progetti presentati con il coinvolgimento dell'ufficio Attività amm.ve supporto area ricerca	4 progetti presentati nel 1° Semestre 2017	5 progetti presentati nel periodo Genn Sett 2017	9 progetti presentati nel periodo Scostamento Ob/Mon: 0%	100	5
Capacità di ricerca: H index	5%	Resp: SC Ep fatt rischio Coinvolti: Laboratorio, Epi eli, Screenin prev. Sec Coord stat	Valutazione sperimentale applicazione H index per monitoraggio attività di ricerca		Relazione condivisa	Non pervenuta relazione	In attesa convocazione del Responsabile SC Epid. Fattori rischio	Pervenuta relazione da parte del Responsabile SC Epid fatt rischio Scostamento Ob/Mon: 0%	100	5
Prevenzione della corruzione	5%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Aggiornamento mappatura dei processi	Non pervenuto aggiornamento	Pervenuto aggiornamento mappatura dei processi il 27/10	Pervenuto aggiornamento mappatura dei processi il 27/10 Scostamento Ob/Mon: 0%	100	5
	5%		Produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio come da PTPC: I Semestre entro fine Luglio Dicembre e II Semestre entro metà Gennaio		Produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio come da PTPC	N.V.	Produzione indicatori presuntivi di rischio per audit Libera professione	Produzione indicatori presuntivi di rischio Libera professione 1 semestre e 2° semestre	100	5
	3%		Partecipazione al 100% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Ad oggi non ci sono stati eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Ad oggi non ci sono stati eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	4 partecipanti/4 iscritti=100% Scostamento Ob/Mon: 0%	100	3
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	3%		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	verbali riunioni 8/5 e 3/7	verbali riunioni 6/3, 8/5, 3/7 2/10	verbali riunioni 6/3, 8/5, 3/7 2/10 Scostamento Ob/Mon: 0%	100	3

## BUDGET 2017

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

Responsabile: Dott. ssa Francesca Carozzi f.f.

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2017	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Qualità della documentazione sanitaria	5%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta >= 90%	Monitoraggio o quadrimestrale su campione del 5-10% delle schede sanitarie	Schede cliniche ambulatoriali/ referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla procedura aziendale/ check list aziendali	N.V.	N.V.	Monitoraggio sul campione di cartelle, risulta soddisfatto lo standard di qualità Scostamento Ob/Mon: 0%	100	5
<b>OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR</b>										
Aggiornamento e condivisione procedure HPV primario	7%		Procedure riviste 100% e incontri di condivisione almeno 3		N. Procedure riviste N. verbali incontri	Procedura CP003 "Il test hpv hr nella prevenzione del cervico-carcinoma " del 6-2	Procedura CP003 "Il test hpv hr nella prevenzione del cervico-carcinoma " del 6-2 Procedura CP014 Presa in carico materiale biologico Verbali Incontri di condivisione delle procedure 8/5, 3/7,2/10	Procedura CP003 "Il test hpv hr nella prevenzione del cervico-carcinoma " del 6-2 Procedura CP014 Presa in carico materiale biologico Verbali Incontri di condivisione delle procedure 8/5, 3/7,2/10 Scostamento Ob/Mon: 0%	100	7
<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 \_\_\_\_\_

COMPONENTI O.I.V.

Firenze,

## BUDGET 2017

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

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2017	% raggiungimento	Peso % raggiunto
<b>Delibera G.R.T. N. 65/2017</b>										
<b>PERFORMANCE COMPLESSIVA SISTEMA DI VALUTAZIONE (BERSAGLIO)</b>										
Rischio Clinico	3%		Realizzazione di almeno 3 Audit		C6.2.1 N. Audit	0 Audit	0 Audit	0 Audit Scostamento Ob/Mon: 100%	0	0
	3%		Realizzazione di almeno 6 M&M		C6.2.2 N. M&M	0 M&M	0 M&M	0 M&M Scostamento Ob/Mon: 100%	0	0
	3%		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti (>3)		C6.6 N. cadute segnalate con il sistema di Incident Reporting (RLS)/N. cadute oggetto di richiesta di risarcimento e cadute con lesioni segnalate con RLS .	Non sono state rilevate cadute dei pazienti	Non sono state rilevate cadute dei pazienti	Non sono state rilevate cadute dei pazienti Scostamento Ob/Mon: 100%	100	3
	3%		Segnalazione e gestione eventi sentinella (invio tempestivo schede A e B)		C6.7.1	Non sono stati rilevati eventi sentinella	Non sono stati rilevati eventi sentinella	Non sono stati rilevati eventi sentinella Scostamento Ob/Mon: 100%	100	3
<b>OBIETTIVI AZIENDALI</b>										
Soddisfazione dell'utente	7%		Azioni di miglioramento poste in essere a fronte dei reclami ricevuti dall'URP 100%		N. azioni di miglioramento/N. di fattispecie di reclami ricevuti	N.V.	Non ci sono reclami pertinenti o attribuibili alla Struttura	Non ci sono reclami pertinenti o attribuibili alla Struttura Scostamento Ob/Mon: 100%	100	7

## BUDGET 2017

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

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2017	% raggiungimento	Peso % raggiunto
CUP	45%		Prenotazione prestazioni su Agende CUP		Apertura agenda Cup	Non risulta aperta agenda Cup	Il DS ha deciso di eliminare l'obiettivo a causa della tipologia di attività riabilitativa oncologica	Il DS ha deciso di eliminare l'obiettivo a causa della tipologia di attività riabilitativa oncologica		
Integrazione multidisciplinare	5%		Coinvolgimento degli Uffici Amministrativi alle riunioni di struttura riguardanti le principali procedure amministrative (richieste personale, beni e servizi..etc) in almeno 2 riunioni di struttura		N.verbali sottoscritti di riunioni con presenza personale amministrativo coinvolto	Riunione con Settore Amm. Supporto alla ricerca: in attesa del verbale	Riunione con Settore Amm. Supporto alla ricerca: in attesa del verbale	Non sono pervenuti verbali Scostamento Ob/Mon: 0%	0	0
Cartella elettronica integrata	5%		Realizzazione cartella elettronica integrata Riabilitazione e Psicologia (con supporto Sistema Informativo Estar)		Realizzazione cartella elettronica integrata	La realizzazione è nell'elenco di priorità di Estar con bassa priorità ed è allo studio la possibilità di utilizzare la cartella Pleiadi	La realizzazione è nell'elenco di priorità di Estar con bassa priorità ed è allo studio la possibilità di utilizzare la cartella Pleiadi	N.V.		
Prevenzione della corruzione	10%		Mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione della mappatura dei processi	Predisposta mappatura dei processi 21/4/17	Predisposta mappatura dei processi 21/4/17	Predisposta mappatura dei processi 21/4/17 Scostamento Ob/Mon: 100%	100	10
	5%		Partecipazione al 100% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Ad oggi non ci sono stati eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Ad oggi non ci sono stati eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	N.V. nessun iscritto agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		

## BUDGET 2017

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

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2017	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Comunicazione web	30%		Migrazione sito Cerion all'interno del sito istituzionale		Report della migrazione fornito dall'Ufficio Comunicazione, Attività editoriali e Pianificazione eventi scientifici	Migrazione sito Cerion effettuata in data 11/5	Migrazione sito Cerion effettuata in data 11/5	Migrazione sito Cerion effettuata in data 11/5 <b>Scostamento Ob/Mon: 100%</b>	100	30
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	6%		Effettuazione di almeno 1 riunione complessiva di struttura ogni 6 mesi per analisi delle attività/ monitoraggio budget con partecipazione delle PO dei coordinamenti		N° di riunioni di struttura con elenco sottoscritto dei partecipanti	In attesa verbali Cerion	In attesa verbali Cerion	Invio verbale 18/4 e 17/10 <b>Scostamento Ob/Mon: 100%</b>	100	6
Qualità della documentazione sanitaria	10%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta >= 90%	Monitoraggio quadrimestrale su campione del 5 40% delle schede sanitarie	Schede cliniche ambulatoriali/ referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla procedura aziendale/ check list aziendali	N.V.	N.V.	Monitoraggio sul campione di 18 cartelle, risulta soddisfatto lo standard di qualità <b>Scostamento Ob/Mon: 100%</b>	100	10



## BUDGET 2017

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

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2017	% raggiungimento	Peso % raggiunto
<b>OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR</b>										
Azioni di miglioramento dell'ambiente	10%		almeno un'azione di miglioramento		n. azioni	entro l'anno	entro l'anno	Inviata proposta di azione di miglioramento nel verbale del 17/10 e relazione illustrativa 1/12/2017 <b>Scostamento Ob/Mon: 100%</b>	100	10
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>									79

% RAGGIUNGIMENTO AL NETTO OBIETTIVI NON VALUTABILI	<b>88</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 \_\_\_\_\_

COMPONENTI O.I.V.

Firenze, \_\_\_\_\_

## BUDGET 2017

S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti

Responsabile: Dott.ssa Cristina Gheri

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2017	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Delibera G.R.T. N. 65/2017									
<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 alla Direzione Amministrativa	Invio Report costi funzionamento in data 10/7	Richieste 49 verifiche di rispetto del tetto di spesa sul personale Invio Report costi funzionamento in data 10/7 e 9/11	Richieste 49 verifiche di rispetto del tetto di spesa sul personale Invio Report costi funzionamento in data 10/7, 9/11 e 15/5/18 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
<b>OBIETTIVI AZIENDALI</b>									
Soddisfazione dell'utente interno	5%		N. reclami scritti per disservizi <=5 l'anno	N° di reclami scritti pervenuti alla Direzione e valutati pertinenti dalla stessa	Nessun reclamo	Nessun reclamo scritto per disservizi pervenuto alla Direzione	Nessun reclamo scritto per disservizi pervenuto alla Direzione Scostamento Ob/Mon: 0%	100	5
	10%		Procedura gestione rilievi Società di revisione, Collegio sindacale, Regione Toscana	Redazione procedura	Entro l'anno	Redatta e approvata procedura 18/10/17	Redatta e approvata procedura 18/10/17 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10

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

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2017	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Progetto PAC regionale	15%		Rispetto del cronoprogramma previsto dalla DGRT 1199/2016	Rispetto del cronoprogramma	Partecipato incontri, Delibera DG 78/2017 Relazione stato avanzamento PAC e Delibera DG n. 204/17 di approvazione Regolamento d'Istituto dei controlli interni	Partecipato incontri RT, Delibera DG 78/2017 Relazione stato avanzamento PAC e Delibera DG n. 204/17 di approvazione Regolamento d'Istituto dei controlli interni	Partecipato incontri RT, Delibera DG 78/2017 Relazione stato avanzamento PAC e Del. DG n. 204/17 Regolamento d'Istituto dei controlli interni, Del. DG n.312/17 PAC ISPO, verifica con esito positivo RT del 13/11/17 <b>Scostamento Ob/ Mon: 0%</b>	100	15
Manutenzione cruscotto direzionale	5%		manutenzione/aggiornamento del cruscotto aziendale con indicatori di interesse aziendale Monitoraggio almeno quadrimestrale degli indicatori del cruscotto direzionale	N° cruscotti aziendali prodotti	Elaborazione cruscotto direzionale 1° Quadrimestre 2017	Elaborazione cruscotto direzionale 1° Quadrimestre e Gennaio Agosto 2017	Elaborazione cruscotto direzionale 1° Quadrimestre, Gennaio Agosto 2017 e anno 2017 <b>Scostamento Ob/ Mon: 0%</b>	100	5
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	2 presentazioni all'Ufficio di Direzione(24/1 Cruscotto direzionale e 15/3 obiettivi RT)	2 presentazioni all'Ufficio di Direzione(24/1 Cruscotto direzionale e 15/3 obiettivi RT)	2 presentazioni all'Ufficio di Direzione(24/1 Cruscotto direzionale e 15/3 obiettivi RT) <b>Scostamento Ob/ Mon: 0%</b>	100	10
	5%		Aggiornamento mappatura dei processi entro Ottobre	Aggiornamento mappatura dei processi	Non ancora aggiornata mappatura dei processi	Inviata aggiornamento mappatura processi in data 13 settembre 2017	Inviata aggiornamento mappatura processi in data 13 settembre 2017 <b>Scostamento Ob/ Mon: 0%</b>	100	5

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

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2017	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Prevenzione della corruzione	2%		Produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio come da PTPC: I Semestre entro fine Luglio Dicembre e II Semestre entro metà Gennaio	Produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio come da PTPC	N.V.	Invio indicatori presuntivi di rischio come da PTPC il 12/9/2017	Invio indicatori presuntivi di rischio come da PTPC il 12/9/17 e il 26/1/18 Scostamento Ob/Mon: 0%	100	2
	2%		Partecipazione al 100% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Eventi ancora non effettuati da Ispo	Eventi ancora non effettuati da Ispo al 30/9	1 partecipante/1 iscritto=100% Scostamento Ob/Mon: 0%	100	2
Integrazione multidisciplinare	5%		Partecipazione degli Uffici Amministrativi a tutte le riunioni di struttura riguardanti le principali procedure amministrative ( richieste personale, ...)	N.verbali sottoscritti di riunioni con presenza personale amministrativo coinvolto	Nessuna richiesta di partecipazione a riunioni	Nessuna richiesta di partecipazione a riunioni	Nessuna richiesta di partecipazione a riunioni <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Rafforzamento capacità di lavorare in team	20%		Risoluzione di problematiche trasversali tra settori amministrativi	Partecipazione a riunioni intersettoriali al fine del problem solving	1) Dure on line abilitazioneDott.ssa Gheri per altri Uffici 2) Risoluzione problematica Fondi perequativi	1) Dure on line abilitazioneDott.ssa Gheri per altri Uffici 2) Risoluzione problematica Fondi perequativi 3) Revisione partecipazione pubbliche nelle altre aziende settore Affari generali 4)integrazione personale ferie estive	1) Dure on line abilitazioneDott.ssa Gheri per altri Uffici 2) Risoluzione problematica Fondi perequativi 3) Revisione partecipazione pubbliche nelle altre aziende settore Affari generali 4)integrazione personale ferie estive 5)problematiche Protocollo informatico Settore Affari generali <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	20

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

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2017	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Amministrazione trasparente	6%		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	N.V.	N.V.	N.V.		
<b>OBIETTIVI PROPOSTI DAL CdR</b>									
Valutazione performance	5%		Redazione bozza Regolamento performance	Bozza regolamento	Invio bozza regolamento	Invio bozza regolamento in corso di approvazione	Approvazione regolamento Performance Delibera DG n. 16 del 22/1/18 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>								<b>94</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 Generale \_\_\_\_\_

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

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

COMPONENTI O.I.V.

\_\_\_\_\_  
 Firenze,

## BUDGET 2017

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

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2017	% raggiungimento	Peso % raggiunto
<b>Delibera G.R.T. N. 65/2017</b>									
<b>STRATEGIE REGIONALI</b>									
Programmazione	5%		Piano ICT regionale	Pianificazione fabbisogno informatico Ispo	In attesa comunicazione dei tempi da parte Settore Attività tecnico patrimoniali ed economici	Comunicato da Meoni che il Piano del fabbisogno informatico Ispo è triennale ed è stato fatto nel 2016	Pianificazione fabbisogno informatico :partecipazione al 54% Tavolo Tecnico Allargato TTA Piano strategico Triennale ICT <b>Scostamento Ob/Mon: 46%</b>	54	2,7
Sperimentazioni cliniche	4%		Funzionalità Task force (1 personale dedicato FTE per 50 Studi) Informatizzazione sperimentazione clinica (utilizzo modulo CRPMO- CRM&FEASIBILITY 60 % dei nuovi studi)	Utilizzo del modulo regionale	Partecipazione personale identificato (2 dipendenti) alle riunioni co Gruppo RT e ad incontri interni. Inserimento previsto da Settembre	Partecipazione Turci e Saieva alle riunioni Gruppo RT e ad incontri interni (28/2,27/6,13,20 e 27/10). Inserimento progetti "Innovazione mammografia Tomosintes", "Adenoma detection rate colonscopia", "Accesso alle cure sost. psic. e serv. Epid. Amianto"	Partecipazione Turci e Saieva alle riunioni Gruppo RT e ad incontri interni (28/2,27/6,13,20 e 27/10). Inserimento progetti "Innovazione mammografia Tomosintes", "Adenoma detection rate colonscopia", "Accesso alle cure sost. psic. e serv. Epid. Amianto" <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	4
<b>PERFORMANCE COMPLESSIVA SISTEMA DI VALUTAZIONE (BERSAGLIO)</b>									
Supporto Carta sanitaria elettronica (CSE): referti di radiologia e laboratorio : completezza e qualità dati	3%		Corretta identificazione del cittadino referti di radiologia >=98,5% Corretta identificazione del cittadino referti di laboratorio >=98,5% % referti laboratorio ritirati attraverso FSE>10%	identificazione del cittadino: referti di radiologia B.24.2.2.1 % corretta identificazione del cittadino: referti di laboratorio B 24.2.4% referti laboratorio ritirati	N.V.	N.V.	Interfaccia con Estar da parte del SC, ma ancora Ispo non alimenta flusso RFC 101 e RFC 156 (laboratorio e radiologia) <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	3
<b>OBIETTIVI AZIENDALI</b>									
Progetto PAC regionale	8%		Procedura gestione rilievi Società di revisione, Collegio sindacale, Regione	Redazione procedura	Entro l'anno	Redatta e approvata procedura 18/10/17	Redatta e approvata procedura 18/10/17 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	8
Soddisfazione dell'utente interno	5%		N. reclami scritti per disservizi <=5 l'anno		Non pervenuti reclami	Non pervenuti reclami	Non pervenuti reclami <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5

## BUDGET 2017

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

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2017	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Facilitazione incontri di Istituto per informazioni di competenza	2%		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	2 presentazioni all'Ufficio di Direzione(24/1 attività e progetti informatici e 15/3 assegnazioni pc)	3 presentazioni all'Ufficio di Direzione(24/1 attività e progetti informatici 15/3 assegnazioni pc e riforma Madia dr. Carraro)	3 presentazioni all'Ufficio di Direzione(24/1 attività e progetti informatici 15/3 assegnazioni pc e riforma Madia dr. Carraro) <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2
Prevenzione della corruzione	6%		Mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre	Predisposizione della mappatura dei processi	Non ancora inviata mappatura dei processi	Inviata mappatura processi il 31/10/17	Inviata mappatura processi il 31/10/17 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	6
	2%		Produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio come da PTPC: I Semestre entro fine Luglio Dicembre e II Semestre entro metà Gennaio	Produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio come da PTPC	N.V.	In attesa indicatori presuntivi di rischio 1° semestre entro Dicembre, 2° sem. entro Gennaio	Non pervenuti indicatori presuntivi di rischio 1° e 2° semestre Scostamento Ob/Mon: 100%	0	0
	2%		Partecipazione al 100% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		Eventi non ancora effettuati da Ispo	8 partecipanti/9 iscritti=88% <b>Scostamento Ob/Mon: 22%</b>	88	2
Amministrazione trasparente	6%		Inserimento e aggiornamento costante dei dati di competenza sul sito Internet sezione "Amministrazione Trasparente"	% dati inseriti/aggiornati rispetto ai dati di competenza	N.V.	N.V.	N.V.		
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	5%		Effettuazione di almeno 1 riunione complessiva di struttura ogni 6 mesi per analisi delle attività/monitoraggio budget	N° di riunioni di struttura con elenco sottoscritto dei partecipanti	Pervenuto 1 verbale della riunione di presentazione obiettivi 9/5/17	1 verbale della riunione di presentazione obiettivi 9/5/17	1 verbale della riunione di presentazione obiettivi 9/5/17 <b>Scostamento Ob/Mon: 50%</b>	50	2,5

## BUDGET 2017

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

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2017	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Registro Mortalità e Tumori e Cartella ambulatoriale	10%		Collaudo programma gestionale Università degli Studi di Firenze per il Registro di Mortalità e Tumori e Cartella ambulatoriale	Predisposizione Verbali di collaudo	Programma non ancora collaudato	Programma non ancora collaudato	inviato verbale collaudo con riserva.DS ha dato indicazione di considerare obiettivo raggiunto 0% <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	10
Integrazione multidisciplinare	5%		Partecipazione degli Uffici Amministrativi a tutte le riunioni di struttura riguardanti le principali procedure amministrative ( richieste personale, beni e servizi..etc)	N.verbali sottoscritti di riunioni con presenza personale amministrativo coinvolto	Inviato verbale riunione 19/5/17con geom. Ferrini/Susini per valutazione spazi nuova acquisizione per pulizie	4 verbali riunioni 19/5/17 con Coord. Ass.inf.ca, 22/5, 28/6 e 2/10 con Laboratorio	4 verbali riunioni 19/5/17 con Coord. Ass.inf.ca, 22/5, 28/6 e 2/10 con Laboratorio <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	5
Soddisfazione dell'utente	2%		Azioni di miglioramento poste in essere a fronte dei reclami ricevuti dall'URP per aspetti relazionali accettazione amministrativa 100%	N. azioni di miglioramento/N. di fattispecie di reclami ricevuti	N.V.	3 azioni miglioramento/ 2 reclami aspetti relazionali personale accettazione (come azione di miglioramento richiamato il personale coinvolto); 1 reclamo aspetti organizzativi orario servizio telefonico Cerion	3 azioni miglioramento/ 2 reclami aspetti relazionali personale accettazione (come azione di miglioramento richiamato il personale coinvolto); 1 reclamo aspetti organizzativi orario servizio telefonico Cerion <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	2
Rafforzamento capacità di lavorare in team	20%		Risoluzione di problematiche trasversali tra settori amministrativi	Partecipazione a riunioni intersettoriali al fine del problem solving	1) riunione 3/7 tra Settore Risorse umane e affari generali e Ufficio comunicazione in materia di trasparenza. 2) Dure on line abilitazione Gheri per altri Uffici 3) Fondi perequativi	1) riunione 3/7 tra Settore Risorse umane e affari generali e Ufficio comunicazione in materia di trasparenza. 2) Dure on line abilitazione Gheri per altri Uffici 3) Fondi perequativi	1) riunione 3/7 tra Settore Risorse umane e affari generali e Ufficio comunicazione in materia di trasparenza. 2) Dure on line abilitazione Gheri per altri Uffici 3) Fondi perequativi 3) 31/10 verbale riunione mappatura processi 4) problematiche protocollo informatico <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	100	20



## BUDGET 2017

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

OBIETTIVI 2017	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.06.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2017	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2017	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Riorganizzazione interna	10%		Riorganizzazione Struttura organizzativa	Proposta organizzativa interna	Il direttore della struttura ha inviato proposta organizzativa al Direttore Amministrativo il 5/5	Il direttore della struttura ha inviato proposta organizzativa al Direttore Amministrativo il 5/5	Il direttore della struttura ha inviato proposta organizzativa al Direttore Amministrativo il 5/5 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	<b>100</b>	10
<b>OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR</b>									
Produzione albo professionisti accreditati	5%		Predisposizione albo e regolamento avvocati per patrocinio	Predisposizione regolamento e albo	Delibera DG n. 94 del 19/4/17	Delibera DG n. 94 del 19/4/17	Delibera DG n. 94 del 19/4/17 <b>Scostamento Ob/Mon: 0%</b>	<b>100</b>	5
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>								<b>87</b>

% RAGGIUNGIMENTO AL NETTO OBIETTIVI NON  
VALUTABILI

93

**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

COMPONENTI O.I.V.

Firenze,