

VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Anno 2019

BUDGET 2019

Posizione organizzativa: Coordinamento di Area Infermieristica

Dott.ssa Antonella Cipriani

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Qualità della documentazione sanitaria	15%		Corretta registrazione dell'attività infermieristica e ostetrica svolta	Monitoraggio quadrimestrale su campione del 5% delle schede sanitarie (ovvero 20 schede mensili)	Schede cliniche ambulatoriali/referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale >= 90%		Monitoraggio sospeso per l'anno in corso	OBIETTIVO NON VALUTABILE <i>Monitoraggio sospeso</i>		
Accreditamento Istituzionale	15%		Raggiungimento e mantenimento standard di accreditamento per il processo di interesse	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	N. requisiti soddisfatti / n. totali requisiti previsti >70%		nuovo regolamento regionale con la nuova edizione dei requisiti di accreditamento dei processi assistenziali, comprendendo anche il recepimento del processo screening proposto dal coordinamento regionale. appena disponibili saranno svolti Audit specifici per ciascuno dei processi assistenziali in Accreditamento. <i>Al momento si confermano i dati del</i>	<i>Si confermano i dati relativi ai requisiti del regolamento DPGR 79/R 2016 che attestano tutti i processi assistenziali accreditati con punteggi > 70% per tutte le strutture/coordinamenti interessati.</i>	100	15

Posizione organizzativa: Coordinamento di Area Infermieristica

Dott.ssa Antonella Cipriani

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Miglioramento sistema Qualità	5%		Realizzazioni progetti/azioni di miglioramento per adeguamento a requisiti di accreditamento non soddisfatti	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	Numero azioni miglioramento implementate / N. totale di requisiti pertinenti e non soddisfatti > 70%		Procedura legionella (collaborazione azioni preventive) Elaborazione questionario di gradimento per utenti Aggiornamento FAQ per sito URP Osservatorio carta dei servizi	Non ci sono stati particolari criticità da correggere riferibili a requisiti di Accreditamento non soddisfatti, si sono registrate comunque tutte le azioni/progetti di miglioramento ad impatto rilevante sulla Qualità del servizio.	100	5
Aggiornamento e/o rivalidazione documentazione di struttura	5%		rivalidazione della documentazione organizzativa e tecnico-operativa (procedure, istruzioni, protocolli, modulistica) di pertinenza, approvata da oltre tre anni.	Monitoraggio quadrimestrale	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 3 anni > 80%	Inviato elenco procedure in corso di aggiornamento	Inviato elenco procedure in corso di aggiornamento	OBIETTIVO NON VALUTABILE (in quanto spostata dalla Direzione la data al 30.04.2020)		0
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	Nessun reclamo afferente al Coord. Area infermieristica	Nessun reclamo afferente al Coord. Area infermieristica	Nessun reclamo afferente al Coord. Area infermieristica	100	5
	10%		Raccolta azioni di miglioramento messe in atto dai vari CDR		Report con l'indicatore per CDR	Inviato Report 1° semestre 2019	Inviato Report 1° semestre 2019	Inviato report 1° e 2° semestre 2019	100	10
Registro Tumori della Regione Toscana e dei sistemi di sorveglianza e monitoraggio regionali	15%	Resp: SC Ep Clin Desc Coinv olti: Coord Statisti co	Attività di codifica		Report di analisi		Report a fine anno	Pervenuto in data 20/1 report analisi attività codifica RTT 2019	100	15

Posizione organizzativa: Coordinamento di Area Infermieristica

Dott.ssa Antonella Cipriani

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiun- gimen- to	Peso % raggiunto
Programmazione formazione ECM	5%		Realizzazione eventi formazione ECM >90%		N. eventi formativi ECM realizzati/totale eventi formativi ECM programmati	Valutabile nel monitoraggio finale	Riunioni di aggiornamento professionale per facilitatori del rischio clinico (4 incontri ultimo in data 17/12/2019) Riunioni di aggiornamento professionale per il coordinamento di area infermieristica (4 incontri ultimo in data 19/12/2019) Etica negli screening (2 edizioni ultime data 11/12/2019)	N. eventi formativi ECM realizzati/totale eventi formativi ECM programmati 4/4 = 100%	100	5
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		13 riunioni (vedi verbali)	13 riunioni (vedi verbali)	100	3
	5%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi	Predisposizione ed invio della mappatura dei processi entro Ottobre	Aggiornamento mappatura processi aree di rischio 2019	Aggiornamento mappatura processi aree di rischio 2019	100	5

Posizione organizzativa: Coordinamento di Area Infermieristica

Dott.ssa Antonella Cipriani

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Prevenzione della corruzione	5%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Eventi formativi sulla prevenzione della corruzione e in programma entro l'anno	Corso FAD da concludere entro 31.12	100% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	100	5
	5%		Produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio come da PTPC: area di rischio A7 "Servizio di smaltimento rifiuti sanitari speciali", I Semestre entro 31 Luglio e II Semestre entro 15 Ottobre		Produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio come da PTPC	Inviato indicatore primo semestre	Inviato indicatore primo semestre	Inviati indicatori primo e secondo semestre	100	5
Privacy	2%		Partecipazione corsi privacy dei Responsabili 100%		% adesione corsi privacy	Corsi previsti per Settembre e Ottobre	Partecipazione al corso 11/9 100%	Partecipazione al corso 11/9 100%	100	2
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR										
Soddisfazione utenza	5%		Somministrazione questionario gradimento soddisfazione dell'utenza		Report		Somministrato questionari, inseriti i dati, da fare relazione.	Somministrato questionari, inseriti i dati, inviato sul sito ISPRO risultati	100	5
TOTALE	100%									80

LEGENDA CODICI COLORE AI FINI DEL MONITORAGGIO:

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

RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI AL NETTO OBIETTIVI NON VALUTABILI

100

BUDGET 2019

Posiziona Organizzativa: Coordinamento di Area Tecnico Sanitario

Dott.ssa Eva Carnesciali

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Efficienza ed economicità	5%		Contenimento giacenze per dispositivi per approfondimenti (giacenze al 31.12.2019 <= giacenze al 31.12.2018)		Giacenze finali	Giacenze disponibili nel monitoraggio finale	Giacenze disponibili nel monitoraggio finale	Giacenze 2018 svdr screening 97 , Senologia 113. Tot 2018 210. Giacenze 2019 svdr screening 16 , Senologia 127. Tot 2019 143 (- 32,4%).	100	5
programma gestionale Registro Tumori Università degli Studi di Firenze	10%	Resp.: S.C. Laboratorio di Prevenzione Oncologica	Estensione dello screening primario HPV		Implementazione al programma HPV primario per n.12 ex aziende	Implementazione HPV Primario Firenze, Prato, Viareggio, Empoli, Grosseto, Massa Carrara, Livorno, Lucca; Arezzo e Prato	Implementazione HPV Primario Firenze, Prato, Viareggio, Empoli, Grosseto, Massa Carrara, Livorno, Lucca; Arezzo e Prato	Implementazione HPV Primario Firenze, Prato, Viareggio, Empoli, Grosseto, Massa Carrara, Livorno, Lucca; Arezzo e Prato Pistoia: manca Pisa per causa non imputabile ad ISPRO	100	10

BUDGET 2019

Posiziona Organizzativa: Coordinamento di Area Tecnico Sanitario

Dott.ssa Eva Carnesciali

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monit oraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggi o 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Qualità della documentazione sanitaria	15%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta	Monitoraggio o quadrimestrale su campione del 5% delle schede sanitarie (ovvero 20 schede mensili)	Schede cliniche ambulatoriali/referiti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale $\geq 90\%$		<p>Monitoraggio sospeso per l'anno in corso <i>Coerentemente con la nuova organizzazione del sistema di controllo Qualità Doc San, e' in corso la definizione degli strumenti di monitoraggio revisionati ad hoc per ciascuna struttura.</i></p> <p><i>Ragionevolmente il nuovo sistema di monitoraggio partirà da Gennaio 2020</i></p>	<p>OBIETTIVO NON VALUTABILE Monitoraggio sospeso</p>		

BUDGET 2019

Posiziona Organizzativa: Coordinamento di Area Tecnico Sanitario

Dott.ssa Eva Carnesciali

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monit oraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggi o 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Accreditamento Istituzionale	5%		Raggiungimento e mantenimento standard di accreditamento per il processo di interesse	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione		E' in corso di approvazione il nuovo regolamento regionale con la nuova edizione dei requisiti di accreditamento dei processi assistenziali, comprendendo anche il recepimento del processo screening proposto dal coordinamento regionale. appena disponibili saranno svolti Audit specifici per ciascuno dei processi assistenziali in Accreditamento. <i>Al momento si confermano i dati del 2018 che attestano tutti i processi assistenziali con punteggi > 70%</i>	<i>Si confermano i dati relativi ai requisiti del regolamento DPGR 79/R 2016 che attestano tutti i processi assistenziali accreditati con punteggi > 70% per tutte le strutture/coordinamenti interessati.</i>	100	5

BUDGET 2019

Posiziona Organizzativa: Coordinamento di Area Tecnico Sanitario

Dott.ssa Eva Carnesciali

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Accreditamento ISO 15189 per il Laboratorio	2%		Implementazione del sistema di gestione secondo norma di accreditamento	Monitoraggio o quadrimestrale obiettivi piano di attività	N. obiettivi raggiunti / N. totale obiettivi previsti nel piano di attività > 80%		Lo stato di avanzamento risulta in linea con il piano di attività 2019	Lo stato di avanzamento risulta in linea con il piano di attività 2019 (obiettivo raggiunto al 100%) E' in corso la predisposizione della domanda di Accreditazione completa della documentazione richiesta dall'Ente di accreditamento.	100	2

BUDGET 2019

Posiziona Organizzativa: Coordinamento di Area Tecnico Sanitario

Dott.ssa Eva Carnesciali

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio o 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Miglioramento sistema Qualità	2%		Realizzazioni progetti/azioni di miglioramento per adeguamento a requisiti di accreditamento non soddisfatti	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	Numero azioni miglioramento implementate / N. totale di requisiti pertinenti e non soddisfatti > 70%		<i>Non essendoci particolari criticità da correggere riferibili a requisiti di Accreditamento non soddisfatti, si stanno registrando comunque tutte le azioni/progetti di miglioramento ad impatto rilevante sulla Qualità del servizio. Al momento sono pervenuti i report su progetti di miglioramento pianificati e realizzati nel 2019 da parte della SC Screening e p.s. e SC Senologia clinica</i>	OBIETTIVO NON VALUTABILE in quanto non presenti requisiti di accreditamento non soddisfatti		0
Aggiornamento e/o rivalidazione documentazione di struttura	2%		Aggiornamento/ rivalidazione della documentazione organizzativa e tecnico-operativa (procedure, istruzioni, protocolli, modulistica) di pertinenza, approvata da oltre tre anni.	Monitoraggio quadrimestrale	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 3 anni > 80%			OBIETTIVO NON VALUTABILE (in quanto spostata dalla Direzione la data al 30.04.2020)		0

BUDGET 2019

Posiziona Organizzativa: Coordinamento di Area Tecnico Sanitario

Dott.ssa Eva Carnesciali

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Soddisfazione dell'utente	2%		Azioni di miglioramento poste in essere a fronte dei reclami ricevuti dall'URP 100%		N. azioni di miglioramento trasmesse all'URP/N. di fattispecie di reclami ricevuti	1 azione di miglioramento/ 1 reclamo =100%	1 azione di miglioramento/ 1 reclamo =100%	1 azione di miglioramento/ 1 reclamo =100%	100	2
Digitalizzazione:Ris Pacs	25%		Piena-operatività Ris		Data di operatività		Previsto entro novembre 2° livello	Piena operatività Ris 2° livello Novembre 2019	100	25
Capacità produttiva: attività laboratorio	4%		Collaborazione ad incremento dei volumi di attività laboratorio erogata Anno 2019 > Anno 2018		Volumi di attività erogata	Incremento 10% prestazioni 1° sem. 2019 rispetto al 1° sem. 2018	Incremento prestazioni Genn Sett 2019 rispetto al Genn Sett 2018	Incremento prestazioni con supporto tecnici 2019 rispetto 2018	100	4
Capacità produttiva: attività radiologica	4%		Collaborazione ad incremento dei volumi di attività diagnostica radiologica erogata: Anno 2019 > Anno 2018		Volumi di attività erogata	1° Semestre 2019 31695 rispetto al 1° Sem. 2018 30170 (mammografie +tomosintesi)	Genn Sett 2019 44366 rispetto al Genn Sett 2018 43023 (mammografie+tomosintesi) + 3%	Genn Dic 2019 60519 rispetto al Genn Dic 2018 61045 (mammografie+tomosintesi) - 0,86 %	99	4

BUDGET 2019

Posiziona Organizzativa: Coordinamento di Area Tecnico Sanitario

Dott.ssa Eva Carnesciali

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Prevenzione della corruzione	2%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi	Predisposizione ed invio della mappatura dei processi entro Ottobre	Inviata mappatura in data 24/10	Inviata mappatura in data 24/10	100	2
	2%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Eventi formativi sulla prevenzione della corruzione in programma entro l'anno	corso Fad entro 31/12	86,67% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	96	2
Integrazione multidisciplinare	5%		Amministrativi alle riunioni di struttura riguardanti le principali procedure amministrative (richieste personale, beni e servizi..etc) in		N.verbali sottoscritti di riunioni con presenza personale amministrativo coinvolto		4 riunioni (vedi verbali)	4 riunioni (vedi verbali)	100	5
Prevenzione	5%	Coordinamento Tecnico sanitario, SC Screening e prevenzione secondaria	almeno 1 Presidio territoriale per lo screening mammografico in collaborazione con Azienda Usl centro		N. Presidi territoriali per lo screening mammografico		Non attivato causa Azienda usl TC	OBIETTIVO NON VALUTABILE		

BUDGET 2019

Posiziona Organizzativa: Coordinamento di Area Tecnico Sanitario

Dott.ssa Eva Carnesciali

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Programmazione formazione ECM	3%		Realizzazione eventi formazione ECM >90%		N. eventi formativi ECM realizzati/totale eventi formativi ECM programmati	Valutabile nel monitoraggio finale	Valutabile nel monitoraggio finale	N. eventi formativi ECM realizzati/totale eventi formativi ECM programmati 5/9=56%	62	2
Privacy	2%		Partecipazione corsi privacy dei Responsabili 100%		% adesione corsi privacy	Corsi previsti per Settembre e Ottobre	Partecipazione corso 2/10 100%	Partecipazione corso 2/10 100%	100	2

BUDGET 2019

Posiziona Organizzativa: Coordinamento di Area Tecnico Sanitario

Dott.ssa Eva Carnesciali

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monit oraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggi o 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR										
Qualità della documentazione sanitaria	5%		Procedura controlli di qualità fisico tecnici in mammografia		Stesura procedura		In corso	Pervenuta procedura controlli di qualità fisico tecnici in maammografia	100	5
TOTALE	100%									75,0

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

**RAGGIUNGIMEN
TO OBIETTIVI AL
NETTO
OBIETTIVI NON
VALUTABILI**

99

BUDGET 2019

Posizione organizzativa: Coordinamento di Area Statistico-Epidemiologica

Dott.ssa Patrizia Falini

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monit oraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitor aggio 30.09.2019	Scostament o obiettivo/ monitorag gio 31.12.2019	% raggiungime nto	Peso % raggiunto
Digitalizzazione :Ris Pacs	15%		Piena operatività Ris		Data di operatività		Previsto entro novembre 2° livello	Piena operatività Ris 2° livello Novembre 2019	100	15
Capacità di ricerca: Monitoraggio e valutazione attività scientifica e di ricerca	10%		Partecipazione alla valutazione dell'attività scientifica e di ricerca effettuata dall'Istituto: calcolo dell'IF secondo gli indicatori aziendali (a livello complessivo aziendale e di singolo CdR)		Calcolo indicatore Impact Factor (vedi deliberazione DG)	Calcolato indicatore Impact factor 2018	Calcolato indicatore Impact factor 2018	Calcolato indicatore Impact factor 2018	100	10
Registro Tumori della Regione Toscana	10%		Controlli dati tumori	Effettuazione attività statistica	Certificazione attività statistica da parte del Direttore SS Registri tumori		Certificazione a fine anno	pervenuta relazione SS Registri tumori	100	10
Registro Mortalità della Regione Toscana	10%		Controlli dati di mortalità	Effettuazione controlli dati	Trasmissione alle Aziende Usl dei controlli effettuati sui dati di mortalità entro 1 mese dal ricevimento del flusso Check list controfirmata da Responsabile Epidemiologia dell'ambiente e del lavoro	Inviata check list Giugno	Inviata check list Giugno	Inviata check list periodiche	100	10

Posizione organizzativa: Coordinamento di Area Statistico-Epidemiologica

Dott.ssa Patrizia Falini

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monit oraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monit oraggio 30.09.2019	Scostament o obiettivo/ monitorag gio 31.12.2019	% raggiungime nto	Peso % raggiunto
Nuovi gestionali Registri	10%		Utilizzo Gestionale Registro mortalità		Certificazione utilizzo Registro mortalità da parte Responsabile Epidemiologia dell'ambiente e del lavoro		In attesa certificazione	Pervenuta certificazione utilizzo	100	10
	10%		Collaudo programma gestionale Registro Tumori Università degli Studi di Firenze per la parte di competenza		Collaudo programma gestionale Registro Tumori		Non ancora terminato	Redatto verbale collaudo	100	10
Partecipazione al cruscotto direzionale	10%		Monitoraggio quadrimestrale degli indicatori di competenza del cruscotto direzionale		N° invii indicatori di competenza	Invio indicatori 1° quadrimestre, 1° semestre	Invio indicatori 1° quadrimestre, 1° semestre Gennaio Settembre	Invio indicatori 1° quadrimestre, 1° semestre Gennaio Settembre	100	10
Prevenzione della corruzione	5%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi	Predisposizione ed invio della mappatura dei processi entro Ottobre	Inviata mappatura 31.10.2019	Inviata mappatura 31.10.2019	100	5
	5%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Eventi formativi sulla prevenzione della corruzione in programma entro l'anno	Corso FAD da concludere entro 31.12	100% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione e della corruzione	100	5

Posizione organizzativa: Coordinamento di Area Statistico-Epidemiologica

Dott.ssa Patrizia Falini





OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monit oraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monit oraggio 30.09.2019	Scostament o obiettivo/ monitorag gio 31.12.2019	% raggiungime nto	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	Vedi verbali	5 riunioni (vedi verbali)	5 riunioni (vedi verbali)	100	5
Privacy	2%		Partecipazione corsi privacy dei Responsabili 100%		% adesione corsi privacy	Corsi previsti per Settembre e Ottobre	Partecipazione al corso 2/10 100%	Partecipazione al corso 2/10 100%	100	2
Programmazione formazione ECM	3%		Realizzazione eventi formazione ECM >90%		N. eventi formativi ECM realizzati/totale eventi formativi ECM programmati	Valutabile nel monitoraggio finale	Seminario delle professioni sanitarie e statistiche "I Registri" 19 Settembre 2019	N. eventi formativi ECM realizzati/totale eventi formativi ECM programmati 2/2=100%	100	3
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR										
Ricerca	5%		Pubblicazione di almeno 1 articolo scientifico con primo nome statistico e con impact factor>=3		Pubblicazione articolo		Pubblicato on line articolo (Journal title: Lung Cancer)	Pubblicato on line articolo (Journal title: Lung Cancer)	100	5

Posizione organizzativa: Coordinamento di Area Statistico-Epidemiologica

Dott.ssa Patrizia Falini

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monit oraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitor aggio 30.09.2019	Scostament o obiettivo/ monitorag gio 31.12.2019	% raggiungime nto	Peso % raggiunto
TOTALE	100%									100

LEGENDA CODICI COLORE AI FINI DEL MONITORAGGIO:

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

BUDGET 2019

S.C. Core Research Laboratory (CRL)

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% 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 almeno 2 progetti		N° di progetti presentati come PI o come subcontrattor con il coinvolgimento dell'ufficio Attività amm.ve supporto area ricerca	1 progetto presentato	1 progetto presentato	8 progetti presentati	100	10
Prevenzione della corruzione	3%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi	Predisposizione ed invio della mappatura dei processi entro Ottobre	Invio della mappatura dei processi 18/10/2019	Invio della mappatura dei processi 18/10/2019	100	3
	3%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Eventi formativi sulla prevenzione della corruzione in programma entro l'anno	Corso FAD da concludere entro 31.12	100% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	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		vedi verbali	vedi verbali	100	5
Comunicazione	3%		Comunicazione attività Core Research Laboratory		Aggiornamento/inserimento nei canali di comunicazione istituzionali (sito web, partecipazione a eventi esterni con invito)		In attesa documentazione	Partecipazione 13 eventi	100	3
Privacy	5%		Partecipazione corsi privacy dei Responsabili 100%		% adesione corsi privacy	Corsi previsti per Settembre e Ottobre	Partecipazione 100%	Partecipazione 100%	100	5

S.C. Core Research Laboratory (CRL)

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio o 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Capacità di ricerca: H index	10%	Resp. Epid.fattori di rischio/coinv. CRL	Aggiornamento valutazione interna dell'attività di ricerca H index e applicazione al CRL		Documento con valutazione		Non ancora presentato	Presentazione Ufficio Direzione	100	10
Capacità di ricerca: Impact Factor	15%		IF di struttura uguale all'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni (≥90% rispetto agli anni precedenti)		IF Anno 2019 > IF medio Anni 2018_17_16	Valutabile nel monitoraggio finale	Valutabile nel monitoraggio finale	IF di struttura 2019 22,23, IF medio di struttura degli ultimi 3 anni(47,95)	52	8
Capacità di ricerca	15%		Relazioni con Centri di Ricerca Regionali e Nazionali (almeno 5)		N rapporti certificati dal centro esterno		In attesa documentazione	N 7 rapporti certificati dal centro esterno	100	15
Collaborazioni con strutture ISPRO	5%		Collaborazioni con strutture ISPRO (≥90%)		N. iniziative integrate programmate /N. iniziative integrate realizzate		In attesa documentazione	3 eventi realizzati ECM	100	5
Aggiornamento e/o rivalidazione documentazione di struttura	5%		Aggiornamento/rivalidazione della documentazione organizzativa e tecnico-operativa (procedure, istruzioni, protocolli, modulistica) di pertinenza, approvata da oltre tre anni	Monitoraggio quadrimestrale	N. documenti prodotti (almeno 2)			OBIETTIVO NON VALUTABILE (in quanto spostata dalla Direzione la data al 30.04.2020)		
Farmaci e dispositivi	13%		Monitoraggio per la definizione consumi annuali		Definizione consumi annuali	1° semestre 2019 consumi Estar € 94.943	gennaio settembre 2019 consumi Estar € 143215	Anno 2019 € 194114 totale consumi Estar, € 31354 consumi non Estar	100	13

S.C. Core Research Laboratory (CRL)

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio o 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Programmazione formazione ECM	3%		Realizzazione eventi formazione ECM >90%		N. eventi formativi ECM realizzati/totale eventi formativi ECM programmati	Valutabile nel monitoraggio finale	3 corsi ECM	N. eventi formativi ECM realizzati/totale eventi formativi ECM programmati 3/4=75%	83	3
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR										
Attività didattica	5%		Disponibilità all'accoglienza di tesisti e studenti alternanza scuola lavoro (almeno 90% rispetto anno precedente)		% rispetto all'anno precedente		In attesa documentazione	N.15 STUDENTI 2019/N.16 STUDENTI 2018= 93,75 %	100	5
TOTALE	100%									88,00

LEGENDA CODICI COLORE AI FINI DEL MONITORAGGIO:

	OBIE TTIVO raggiunto completamente alla data del monitoraggio
	OBIE TTIVO realizzato parzialmente (in progress)
	OBIE TTIVO non realizzato
	OBIE TTIVO non valutabile

RAGGIUNGIMENTO OBIE TTIVI AL NETTO OBIE TTIVI NON VALUTABILI	93
---	-----------

BUDGET 2019

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Responsabile: Dott.ssa Paola Mantellini

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Prevenzione	5%		Raggiungimento degli obiettivi regionali per l'estensione agli screening oncologici con riferimento anche all'estensione delle coorti previste dalle indicazioni regionali Estensione corretta per esclusioni pre-invito per Firenze al netto inviti inesitati: Estensione screening mammografico 50-69 100% Estensione screening coloretale 100% Estensione screening cervice 100% margine di tolleranza 5 punti percentuali		% di estensione agli screening al netto inviti inesitati	Estensione screening corretta mammografico 50-69 51,2% Estensione screening coloretale 53,5% Estensione screening cervice 74,2%	Genn Sett 2019 Estensione screening corretta mammografico 50-69 70,5% Estensione screening coloretale 71,2 % Estensione screening cervice 94%	Genn Dic 2019 Estensione screening corretta mammografico 50-69 96,82 % Estensione screening coloretale 102,9% Estensione screening cervice 133,8 %	100	5

BUDGET 2019

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Responsabile: Dott.ssa Paola Mantellini

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
	5%	Resp. Direttore Laboratorio	Estensione dello screening primario HPV		Implementazione al programma HPV primario per tutte le 12 ex aziende	Criticità da parte di Pisa e Pistoia	Criticità da parte di Pisa e Pistoia	Implementazione e HPV Primario Firenze, Prato, Viareggio, Empoli, Grosseto, Massa Carrara, Livorno, Lucca; Arezzo e Prato Pistoia. Pisa non implementata causa non imputabile ad Ispro	100	5
	5%	Screening prevenzione sec., Coordinamento area statistico epidemiologica, Epidemiologia clinica	Monitoraggio e coordinamento relativi agli screening oncologici		Invio relazione	Invio Relazione 2019 a Maggio	Invio Relazione 2019 a Maggio	Invio Relazione 2019 a Maggio	100	5
Tempi d'attesa e specialistica	3%		Adozione del catalogo regionale della specialistica ambulatoriale		Abbinamento prestazioni Ispro a nuovo catalogo regionale	Supporto all'allineamento prestazioni ISPRO a nuovo catalogo regionale	Supporto all'allineamento prestazioni ISPRO a nuovo catalogo regionale	Supporto all'allineamento prestazioni ISPRO a nuovo catalogo regionale	100	3
	3%		Prescrizione delle prestazioni antecedente al momento della erogazione. Incremento rispetto al 2018 della % prestazioni con data erogazione diversa dalla data prescrizione		% prestazioni con data erogazione diversa da data prescrizione	Anno 2018 94%, 2019 1° semestre 88,3 %	Gennaio settembre 19 89 % data diversa	Anno 2018 94%, anno 2019 84,84% (-10%)	90	3

BUDGET 2019

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Responsabile: Dott.ssa Paola Mantellini

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
	5%		Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica >90%		Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica >90%	91,47%	92,00%	95,30%	100	5
Farmaceutica e dispositivi	5%		Mantenimento valore consumo dispositivi medici		dispositivi medici 2019 <= Importo consumi	1° sem. 2019 € 166510 1° sem. 2018 € 162972 VDR	genn sett 2019 € 236462 ,genn sett 2018 € 241155	Anno 2019 299097€ , Anno 2018 297389 €	100	5
Rischio Clinico	2%		Realizzazione di almeno 3 Audit		N. Audit	2 Audit	2 Audit	Anno 2018 94%, anno 2019 84,84%	100	2
	2%		Realizzazione di almeno 4 M&M		N. M&M	6 M&M	7 M&M	9 M&M	100	2
	2%		Tempestività segnalazione e gestione EA inseriti su Si_GRC (almeno 80%)		prese in carico Si-GCR dal facilitatore entro 45 giorni dalla data di accadimento/ N. Totale segnalazioni	Nel primo semestre 2019 non sono stati registrati Eventi Avversi nè Cadute.	non sono stati registrati Eventi Avversi nè Cadute.	non sono stati registrati Eventi Avversi nè Cadute.	100	2
	2%		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		buone pratiche per la sicurezza del paziente "Capacità di controllo delle cadute dei	Nel primo semestre 2019 non sono stati registrati Eventi Avversi nè Cadute.	non sono stati registrati Eventi Avversi nè Cadute.	non sono stati registrati Eventi Avversi nè Cadute.	100	2

BUDGET 2019

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Responsabile: Dott.ssa Paola Mantellini

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Accreditamento Istituzionale	3%		Raggiungimento e mantenimento standard di accreditamento per il processo di interesse	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione		E' in corso di approvazione il nuovo regolamento regionale con la nuova edizione dei requisiti di accreditamento dei processi assistenziali, comprendendo anche il recepimento del processo screening proposto dal coordinamento regionale. appena disponibili saranno svolti Audit specifici per ciascuno dei processi assistenziali in Accreditamento. <i>Al momento si confermano i dati del 2018 che attestano tutti i processi assistenziali con punteggi > 70%</i>	<i>Si confermano i dati relativi ai requisiti del regolamento DPGR 79/R 2016 che attestano tutti i processi assistenziali accreditati con punteggi > 70% per tutte le strutture/coordinamenti interessati.</i>	100	3

BUDGET 2019

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Responsabile: Dott.ssa Paola Mantellini

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Miglioramento sistema Qualità	3%		Realizzazioni progetti/azioni di miglioramento per adeguamento a requisiti di accreditamento non soddisfatti	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	Numero azioni miglioramenti o implementate / N. totale di requisiti pertinenti e non soddisfatti > 70%		<i>Non essendoci particolari criticità da correggere riferibili a requisiti di Accreditamento non soddisfatti, si stanno registrando comunque tutte le azioni/progetti di miglioramento ad impatto rilevante sulla Qualità del servizio. Al momento sono pervenuti i report su progetti di miglioramento pianificati e realizzati nel 2019 da parte della SC Screening e p.s.</i>	Non ci sono stati particolari criticità da correggere riferibili a requisiti di Accreditamento non soddisfatti, si sono registrate comunque tutte le azioni/progetti di miglioramento ad impatto rilevante sulla Qualità del servizio.	100	3
Aggiornamento e/o rivalidazione documentazione di struttura	3%		Aggiornamento/rivalidazione della documentazione organizzativa e tecnico-operativa (procedure, istruzioni, protocolli, modulistica) di pertinenza, approvata da oltre tre anni.	Monitoraggio quadrimestrale	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 3 anni > 80% <i>Presentazione piano rientro entro 31.12.19</i>		<i>E' in corso la revisione di parte della documentazione obsoleta a carico delle responsabilità di pertinenza.</i>	OBIETTIVO NON VALUTABILE (in quanto spostata dalla Direzione la data al 30.04.2020)		

BUDGET 2019

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Responsabile: Dott.ssa Paola Mantellini

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Qualità della documentazione sanitaria	3%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta	Monitoraggio quadrimestrale su campione del 5% delle schede sanitarie (ovvero 20 schede mensili)	Schede cliniche ambulatoriali/ referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale >= 90%		Monitoraggio sospeso per l'anno in corso <i>Coerentemente con la nuova organizzazione del sistema di controllo Qualità Doc San, e' in corso la definizione degli strumenti di monitoraggio revisionati ad hoc per ciascuna struttura. Ragionevolmente il nuovo sistema di monitoraggio partirà da Gennaio 2020</i>	OBIETTIVO NON VALUTABILE E Monitoraggio sospeso		
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 o coinvolto	Vedi verbali	3 riunioni (vedi verbali)	3 riunioni (vedi verbali)	100	3
Digitalizzazione :Ris Pacs	15%		Piena-operatività Ris		Data di operatività		previsto entro Novembre	Piena-operatività Ris	100	15

BUDGET 2019

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Responsabile: Dott.ssa Paola Mantellini

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
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 96,6 %	Genn Sett 2019 Tempi d'attesa referto negativo screening mammografico entro 21 gg 97,4%	Tempi d'attesa referto negativo screening mammografico entro 21 gg 94,4 % dati non definitivi	100	5
Capacità di ricerca: Impact Factor	5%		IF di struttura uguale all'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni		IF Anno 2019 > IF medio Anni 2016_2017_2018	Disponibile nel monitoraggio finale	Disponibile nel monitoraggio finale	IF Anno 2019 13,46 IF medio 2016_17_18 36,77	37	2
Prevenzione della corruzione	2%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi	Predisposizione ed invio della mappatura dei processi entro Ottobre	Inviata mappatura 26/10	Inviata mappatura 26/10	100	2
	2%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Eventi formativi sulla prevenzione della corruzione in programma entro l'anno	Corso FAD da concludere entro 31.12	87,5% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	97	2

BUDGET 2019

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Responsabile: Dott.ssa Paola Mantellini

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Programmazione formazione ECM	3%		Realizzazione eventi formazione ECM >90%		N. eventi formativi ECM realizzati/totali eventi formativi ECM programmati	Valutabile nel monitoraggio finale	Valutabile nel monitoraggio finale	N. eventi formativi ECM realizzati/totali eventi formativi ECM programmati 7/8=88%	98	3
Prevenzione	5%	Coordinamento Tecnico sanitario, SC Screening e prevenzione secondaria	Attivazione di almeno 1 Presidio territoriale per lo screening mammografico in collaborazione con Azienda Usl centro entro il 2019		n. Presidi territoriali per lo screening mammografico		Non ancora attivato presidio screening mammografico causa azienda usl centro	NON VALUTABILE E Non ancora attivato presidio screening mammografico causa azienda usl centro		
Privacy	4%		Partecipazione corsi privacy dei Responsabili 100%		% adesione corsi privacy	Corsi previsti per Settembre e Ottobre	Partecipazione 100% adesione corsi privacy	Partecipazione 100% adesione corsi privacy	100	4

BUDGET 2019





S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Responsabile: Dott.ssa Paola Mantellini

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR										
Screening	5%		Definizione di un manuale dei requisiti essenziali dello screening		Redazione manuale		Manuale redatto, in attesa ultime verifiche	Manuale redatto, utilizzato dalla RT nell'allegato B della DGRT 1589/19.	100	5
TOTALE	100%									

86

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 AL NETTO OBIETTIVI NON VALUTABILI

97

BUDGET 2019

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

Responsabile: Dott. Marco Zappa f.f.

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Registro Tumori della Regione Toscana	20%		Collaudo programma gestionale Università degli Studi di Firenze per il Registro Tumori		Collaudo nuovo programma gestionale		Non ancora terminato	Redatto verbale collaudo	100	20
Registro Tumori della Regione Toscana	20%		Completamento inserimento Anno 2015 (100%)		Completamento inserimento Anno 2015		in corso	Completamento inserimento Anno 2015	100	20
Capacità di ricerca: Impact Factor	10%		IF di struttura uguale all'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni		IF Anno 2019 > IF medio Anni 2016-17-18	Indicatore disponibile nel monitoraggio finale	Indicatore disponibile nel monitoraggio finale	IF 2019 97,43, IF medio 2016_17_18 113,85	86	9
Capacità di ricerca e Fund Raising	11%		Capacità di attrarre finanziamenti esterni anche attraverso partecipazione ai bandi di ricerca usciti nell'anno: presentazione di almeno 2 progetti		N° di progetti presentati con il coinvolgimento dell'ufficio Attività amm.ve supporto area ricerca	Nessun progetto presentato	Nessun progetto presentato	3 progetti presentati	100	11
	5%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi	Predisposizione ed invio della mappatura dei processi entro Ottobre	Inviata 31.10.2019	Inviata 31.10.2019	100	5

BUDGET 2019

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

Responsabile: Dott. Marco Zappa f.f.

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Prevenzione della corruzione	5%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Eventi formativi sulla prevenzione della corruzione in programma entro l'anno	Corso FAD da concludere entro 31.12	100% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	100	5
	5%		Produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio come da PTPC: area di rischio A5 "Rilascio di parere sul documento regionale di indirizzo pluriennale in ambito oncologico dei partecipanti al comitato tecnico dell'Organismo di coordinamento della rete oncologica regionale", I Semestre entro 31 Luglio e II Semestre entro 15 Gennaio		Produzione semestrale degli indicatori presuntivi di rischio come da PTPC	Invio indicatore	Invio indicatore	Invio indicatori	100	5
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		verbale riunione 7/5, 28/5 e 5/9	verbale riunione 7/5, 28/5 e 5/9	100	3

BUDGET 2019

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

Responsabile: Dott. Marco Zappa f.f.

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% 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		2 riunioni (vedi verbali)	2 riunioni (vedi verbali)	100	5
Aggiornamento e/o rivalidazione documentazione di struttura	5%		Aggiornamento/rivalidazione della documentazione organizzativa e tecnico-operativa (procedure, istruzioni, protocolli, modulistica) di pertinenza, approvata da oltre tre anni.	Monitoraggio quadrimestrale	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 3 anni > 80%		<i>E' in corso la revisione di parte della documentazione obsoleta a carico delle responsabilità di pertinenza. Il mandato che è stato dato ai responsabili prevede il completamento dell'obiettivo entro Dicembre p.v.</i>	OBIETTIVO NON VALUTABILE (in quanto spostata dalla Direzione la data al 30.04.2020)		
Programmazione formazione ECM	2%		Realizzazione eventi formazione ECM >90%		N. eventi formativi ECM realizzati/totale eventi formativi ECM programmati	Valutabile nel monitoraggio finale	Valutabile nel monitoraggio finale	N. eventi formativi ECM realizzati/totale eventi formativi ECM programmati 3/5=60%	67	1

BUDGET 2019

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

Responsabile: Dott. Marco Zappa f.f.

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Privacy	4%		Partecipazione corsi privacy dei Responsabili 100%		% adesione corsi privacy	Corsi previsti per Settembre e Ottobre		Partecipazione riunione aprile 19	50	2
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR										
Registro tumori	5%		Accreditamento registro tumori regionale		Documento di accreditamento dell'ente certificatore		inviato documento accreditamento	inviato documento accreditamento	100	5
TOTALE	100%									91,00

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 AL NETTO OBIETTIVI NON VALUTABILI	96
---	-----------

BUDGET 2019

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	mento obiettivo/ monitoraggio 30.06.2	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 31.12.2019	% raggiungi mento	Peso % raggiunto
Ottimizzazione utilizzo spazi	15%		Collaborazione al trasferimento ambulatori Senologia Clinica presso Villa Delle Rose		Data completamento del trasferimento ambulatori senologia a VDR			Senologia clinica ha collaborato alle procedure per il trasferimento degli ambulatori Senologia Clinica presso Villa Delle	100	15
	5%		al momento della erogazione. Incremento rispetto al 2018 della % prestazioni con data		% prestazioni con data erogazione diversa da data prescrizione	Anno 2018 38,9%, 1° semestre 2019 71,2%	Gennaio settembre 2019 67%	Anno 2018 38,9%, anno 2019 57,9%	100	5

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 31.12.2019	% raggiungi- mento	Peso % raggiun- to
Tempi d'attesa e specialistica	5%		Adozione del catalogo regionale della specialistica ambulatoriale		Supporto all'allineamento prestazioni ISPRO a nuovo catalogo regionale	Supporto all'allineamento prestazioni ISPRO a nuovo catalogo	Supporto all'allineamento prestazioni ISPRO a nuovo catalogo	Piena operatività Ris 2° livello Novembre 2019	100	5
	10%		Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica >90% dall'avvio del Ris Pacs		Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica >90%	Valutabile dall'avvio di Ris Pacs senologia diagnostica	Valutabile dall'avvio di Ris Pacs senologia diagnostica	VALUTABILE: Ris Pacs senologia diagnostica con la procedura automatica per le ricette dem non è stato attivato, quindi		
	3%		Realizzazioni di almeno 1 Audit		N. Audit	1 Audit	1 Audit	2 Audit	100	3
	3%		Realizzazioni di almeno 3 M&M		N. M&M	0 M&M	0 M&M	4 M&M	100	3

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	mento obiettivo/ monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 31.12.2019	% raggiungi mento	Peso % raggiunto
Rischio Clinico	3%		Tempestività segnalazione e gestione EA inserite su Si_GRC (almeno 80%)		Si_GRC dai facilitatore entro 45 giorni dalla data di accadimento/ Buone	e 2019 non sono stati registrati Eventi	sono stati registrati Eventi Avversi nè	Non sono stati registrati Eventi Avversi nè Cadute.	100	3
	3%		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		pratiche per la sicurezza del paziente "Capacità di controllo delle cadute dei	e 2019 non sono stati registrati Eventi	sono stati registrati Eventi Avversi nè	Non sono stati registrati Eventi Avversi nè Cadute.	100	3

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	mento obiettiv o/mon itoragg io 30.06.2	Scostam ento obiettivo /monit oraggio 30.09.201 9	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 31.12.2019	% raggiungi mento	Peso % raggiunt o
Farmaceutica e dispositivi	3%		Mantenimen to valore consumo dispositivi medici		Importo consumi dispositivi medici 2019<= Importo consumi dispositivi medici 2018	1° sem. 2019 € 66333, 1° sem. 2018 € 51214 incluso att. Screeni ng	genn sett 2019 € 93932, genn sett 2018 € 82066 incluso att. Screenin g	Anno 2019 107065 € (meno 8562 € aghi difettosi Estar non rimborsati), Anno 2018 86647 €	86	2,6
Qualità della documentazione sanitaria	5%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta	Monitora ggio quadrime strale su campione del 5% delle schede sanitarie (ovvero 20 schede mensili)	Schede cliniche ambulatoriali/ referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale >= 90%		Monitora ggio quadrime strale	OBIETTIV O NON VALUTABIL E Monitoraggi o sospeso		

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	mento obiettivo/ monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 31.12.2019	% raggiungi mento	Peso % raggiunt o
Accreditamento Istituzionale	5%		Raggiungimento e mantenimento standard di accreditamento per il processo di interesse	Monitoraggio semestrale e dati di processo da autovalutazione	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione		amento dei processi assistenziali, comprendendo anche il recepimento del processo screening proposto dal coordinamento regionale. appena disponibili saranno svolti Audit specifici per ciascuno	<i>Si confermano i dati relativi ai requisiti del regolamento DPGR 79/R 2016 che attestano tutti i processi assistenziali accreditati con punteggi > 70% per tutte le strutture/coordinamenti interessati.</i>	100	5

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 31.12.2019	% raggiungi- mento	Peso % raggiunto
Miglioramento sistema Qualità	5%		Realizzazioni progetti/azioni di miglioramento per adeguamento a requisiti di accreditamento non soddisfatti	Monitoraggio semestrale e dati di processo da autovalutazione	Numero azioni miglioramento implementate / N. totale di requisiti pertinenti e non soddisfatti > 70%		<i>non soddisfatti, si stanno registrando comunque tutte le azioni/progetti di miglioramento ad impatto rilevante sulla Qualità del servizio. Al momento sono pervenuti i report</i>	Non ci sono stati particolari criticità da correggere riferibili a requisiti di Accreditazione o non soddisfatti, si sono registrate comunque tutte le azioni/progetti di miglioramento ad impatto rilevante sulla Qualità del servizio.	100	5

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 31.12.2019	% raggiungi- mento	Peso % raggiunto
Aggiornamento e/o rivalidazione documentazione di struttura	5%		Aggiornamento/ rivalidazione della documentazione organizzativa e tecnico- operativa (procedure, istruzioni, protocolli, modulistica) di pertinenza, approvata da oltre tre anni.	Monitoraggio quadrimestrale	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 3 anni > 80%		<i>di parte della documentazione obsoleta a carico delle responsabilità di pertinenza.</i> Il mandato che è stato dato ai responsabili prevede il completamento dell'obiettivo	OBIETTIVO NON VALUTABILE (in quanto spostata dalla Direzione la data al 30.04.2020)		
Integrazione multidisciplinare	3%		riunioni di struttura riguardanti le principali procedure amministrative (richieste personale, beni e		N.inviti personale amministrativo o a riunioni di Struttura		verbali Direzione e + verbali struttura con inviti personale e amministrativo	vedi verbali Direzione + verbali struttura con inviti personale amministrativo	100	3

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	mento obiettivo/ monitoraggio 30.06.2	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 31.12.2019	% raggiungi mento	Peso % raggiunto
Digitalizzazione :Ris Pacs	10%		Piena operatività Ris		Data di operatività		Previsto entro Novembre 2° livello screening	Piena operatività Ris 2° livello Novembre 2019	100	10
Prevenzione della corruzione	3%		mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di		Predisposizione e ed invio della mappatura dei processi	Invio della mappatura dei processi	inviata il 28/6	inviata il 28/6	100	3
	3%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Interventi sulla prevenzione della corruzione in programma	Corso FAD da concludere entro 31.12	100% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	100	3
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	2%		ogni 6 mesi per analisi delle attività/ monitoraggio budget con		N° di riunioni di struttura con elenco sottoscritto dei partecipanti	Inviati verbali	Inviati verbali	Inviati verbali	100	2

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	mento obiettiv o/mon itoragg io 30.06.2	Scostam ento obiettivo /monit oraggio 30.09.201 9	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 31.12.2019	% raggiungi mento	Peso % raggiunt o
Privacy	2%		Partecipazio ne corsi privacy dei Responsabili 100%		% adesione corsi privacy	Corsi previsti per Settem bre e Ottobr e	Partecipa zione corsi Direttore 100%, GGR 100%, SC 91,67%, (TOT 97,22%)	Partecipazione corsi Direttore 100%, GGR 100%, SC 91,67%, (TOT 97,22%)	97	1,94
Programmazione formazione ECM	2%		Realizzazion e eventi formazione ECM >90%		N. eventi formativi ECM realizzati/total e eventi formativi ECM programmati	Valuta bile nel monito raggio finale	Valutabil e nel monitora ggio finale	formativi ECM realizzati/total e eventi formativi ECM programmati	100	2

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 31.12.2019	% raggiungi- mento	Peso % raggiun- to
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR										
Organizzazione tirocini	5%		Gestione 100% richieste di tirocinio		N. tirocini effettuati : N. tirocini richiesti	8 tirocini realizzati	16 tirocini realizzati / 16 tirocini richiesti =100%	100	5	
TOTALE	100%									80

LEGENDA CODICI COLORE AI FINI DEL MONITORAGGIO:

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

% RAGGIU- NGIME- NTO OBIETTI- VI AL NETTO OBIETTI- VI NON VALUTA- BILI	99,4
--	------

BUDGET 2019

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

Responsabile: Dr. Domenico Palli

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungi- mento	Peso % raggiunto
Registro Mortalità della Regione Toscana	10%		Utilizzo del programma gestionale Università degli Studi di Firenze per il Registro di Mortalità		Utilizzo programma gestionale Registro di Mortalità		In attesa certificazione utilizzo programma gestionale mortalità	Pervenuta certificazione utilizzo	100	10
Capacità di ricerca: H index	10%		Aggiornamento valutazione interna dell'attività di ricerca H index		Documento con valutazione e presentazione Ufficio Direzione		In programma entro dicembre	Presentazione ad Ufficio di Direzione data 8/11	100	10
Capacità di ricerca: Impact Factor	10%		IF di struttura uguale all'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni		IF Anno 2019 > IF medio Anni 2016-17-18	indicatore disponibile nel monitoraggio finale	indicatore disponibile nel monitoraggio finale	Eidemiologia fattori rischio IF 2019 383,67, IF medio 2016-17-18 400,98, Epid. Amb.lavoro IF 2019 104,38, IF medio 2016-17-18 57,93	100	10
Implementazione di un modello regionale integrato per i soggetti con storia familiare di tumore della mammella (percorsi clinico diagnostici e di riduzione del rischio)	10%		Progetto esecutivo a livello di Istituto		Avvio progetto esecutivo	In attesa circolare RT per l'avvio del progetto esecutivo in ISPRO	In attesa circolare RT per l'avvio del progetto esecutivo in ISPRO	Pervenuto progetto esecutivo	100	10
Capacità di ricerca e Fund Raising	15%		Capacità di attrarre finanziamenti esterni attraverso partecipazione ai bandi di ricerca usciti nell'anno: presentazione di almeno 8 4 progetti		N° di progetti presentati come PI o come subcontractor con il coinvolgimento dell'ufficio Attività amm.ve supporto area ricerca	2 progetti presentati	2 progetti presentati	8 progetti presentati	100	15
Prevenzione della corruzione	5%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi	Predisposizione ed invio della mappatura dei processi entro Ottobre	Inviata mappatura 28.10	Inviata mappatura 28.10	100	5
	5%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Eventi formativi sulla prevenzione della corruzione in programma entro l'anno	Corso FAD da concludere entro 31.12	94,44% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	100	5
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	7%		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		Riunione 28/6	Riunione 28/6 e 16/12	100	7

BUDGET 2019

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

Responsabile: Dr. Domenico Palli

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungi- mento	Peso % raggiunto
Integrazione multidisciplinare	8%		Coinvolgimento degli Uffici Amministrativi alle riunioni di struttura riguardanti le principali procedure amministrative (richieste personale, beni e servizi...ete) in almeno 2 riunioni di struttura		N.verbali sottoscritti di riunioni con presenza personale amministrativo coinvolto		vedi verbali	vedi verbali	100	8
Aggiornamento e/o rivalidazione documentazione di struttura	5%		Aggiornamento/rivalidazione della documentazione organizzativa e tecnico-operativa (procedure, istruzioni, protocolli, modulistica) di pertinenza, approvata da oltre tre anni.	Monitoraggio quadrimestrale	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 3 anni > 80%		<i>E' in corso la revisione di parte della documentazione obsoleta a carico delle responsabilità di pertinenza. Il mandato che è stato dato ai responsabili prevede il completamento dell'obiettivo entro Dicembre p.v.</i>	OBIETTIVO NON VALUTABILE (in quanto spostata dalla Direzione la data al 30.04.2020)		
Programmazione formazione ECM	6%		Realizzazione eventi formazione ECM >90%		N. eventi formativi ECM realizzati/totale eventi formativi ECM programmati	Effettuati 2 incontri SC (programmati 3 nell'anno) e 3 incontri SS (4 programmati)	Effettuati 2 incontri SC (programmati 3 nell'anno) e 3 incontri SS (4 programmati)	N. eventi formativi ECM realizzati/totale eventi formativi ECM programmati 5/7=71%	78,89	5,00

BUDGET 2019

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

Responsabile: Dr. Domenico Palli

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungi- mento	Peso % raggiunto
Privacy	4%		Partecipazione corsi privacy dei Responsabili 100%		% adesione corsi privacy	Corsi previsti per Settembre e Ottobre	Direttore assente giustificato, GM 100% G.G. 91,67% EC 100% (tot 97,2 %)	Direttore assente giustificato, GM 100% G.G. 91,67% EC 100% (tot 97,2 %)	97,20	4,00
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR										
Azione sulla prevenzione primaria	5%		Incontri con la popolazione sulle tematiche della prevenzione primaria (almeno 2)		n. incontri		3 incontri effettuati:19/2/2019 I martedì del Ce.Ri.On. "Stile di vita, alimentazione e movimento dopo la malattia" ,19/3/2019 I martedì del Ce.Ri.On. "Il corpo ferito: chirurgia e genetica",12/10/2019 Convegno Conclusivo della Mostra FERITE "Stili di vita e tumori". In programma 19/11 Cerion	3 incontri effettuati:19/2/2019 I martedì del Ce.Ri.On. "Stile di vita, alimentazione e movimento dopo la malattia" ,19/3/2019 I martedì del Ce.Ri.On. "Il corpo ferito: chirurgia e genetica",12/10/2019 Convegno Conclusivo della Mostra FERITE "Stili di vita e tumori". In programma 19/11 Cerion	100	5
TOTALE	100%									94,00

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

RAGGI UNGI MENT O OBIET TVI AL NETT O OBIET TIVI NON VALUT ABILI	99
--	-----------

BUDGET 2019

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

Responsabile: Dott. ssa Francesca Carozzi

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Prevenzione	15%		Centralizzazione dello screening primario HPV		Implementazione al programma HPV primario per tutte le 12 ex aziende	Implementazione HPV Primario Firenze, Prato, Viareggio, Empoli, Grosseto, Massa Carrara, Livorno, Lucca; Arezzo e Prato	Implementazione HPV Primario Firenze, Prato, Viareggio, Empoli, Grosseto, Massa Carrara, Livorno, Lucca; Arezzo e Prato	Implementazione HPV Primario Firenze, Prato, Viareggio, Empoli, Grosseto, Massa Carrara, Livorno, Lucca; Arezzo e Prato Pistoia manca Pisa per cause non imputabili a ISPRO	100	15
Tempi d'attesa e specialistica	2%		Adozione del catalogo regionale della specialistica ambulatoriale		Supporto all'allineamento prestazioni Ispro a nuovo catalogo regionale	Effettuato supporto all'allineamento prestazioni ISPRO a catalogo regionale	Effettuato supporto all'allineamento prestazioni ISPRO a catalogo regionale	Effettuato supporto all'allineamento prestazioni ISPRO a catalogo regionale	100	2
Rischio Clinico	5%		Realizzazione di almeno 3 Audit		N. Audit	0 Audit	0 Audit (2 da concludere)	3 Audit	100	5
	5%		Realizzazione di almeno 6 M&M		N. M&M	5 M&M	8 M&M	6 M&M	100	5
	5%		Tempestività segnalazione e gestione EA inserite su Si_GRC (almeno 80%)		N. segnalazioni prese in carico Si-GCR dal facilitatore entro 45 giorni dalla data di accadimento/N. Totale segnalazioni inserite su Si_GRC	Nel primo semestre 2019 non sono stati registrati Eventi Avversi nè Cadute.	non sono stati registrati Eventi Avversi nè Cadute.	non sono stati registrati Eventi Avversi nè Cadute.	100	5

BUDGET 2019

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

Responsabile: Dott. ssa Francesca Carozzi

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Farmaceutica e dispositivi	2%		Mantenimento valore consumo dispositivi medici		Importo consumi dispositivi medici 2019 <= Importo consumi dispositivi medici 2018	1° sem. 2019 € 467819, 1° sem. 2018 € 436420	genn sett 2019 € 676286, genn sett 2018 € 567152	Dispositivi medici anno 2019 862002 €, anno 2018 771933 €	88,33	2
Qualità della documentazione sanitaria	6%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta	Monitoraggio quadrimestrale su campione del 5% delle schede sanitarie (ovvero 20 schede mensili)	Schede cliniche ambulatoriali/ referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale >= 90%		Presente strumento monitoraggio specifico per il Laboratorio	OBIETTIVO NON VALUTABILE Monitoraggio sospeso		

BUDGET 2019

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

Responsabile: Dott. ssa Francesca Carozzi

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Accreditamento Istituzionale	10%		Raggiungimento e mantenimento standard di accreditamento per il processo di interesse	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione		<p>E' in corso di approvazione il nuovo regolamento regionale con la nuova edizione dei requisiti di accreditamento dei processi assistenziali, comprendendo anche il recepimento del processo screening proposto dal coordinamento regionale. appena disponibili saranno svolti Audit specifici per ciascuno dei processi assistenziali in Accreditamento.</p> <p><i>Al momento si confermano i dati del 2018 che attestano tutti i processi assistenziali con punteggi > 70%</i></p>	<p><i>Si confermano i dati relativi ai requisiti del regolamento DPGR 79/R 2016 che attestano tutti i processi assistenziali accreditati con punteggi > 70% per tutte le strutture/coordinamenti interessati.</i></p>	100	10

BUDGET 2019

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

Responsabile: Dott. ssa Francesca Carozzi

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Accreditamento ISO 15189	5%		Implementazione del sistema di gestione secondo norma di accreditamento	Monitoraggio quadrimestrale obiettivi piano di attività	N. obiettivi raggiunti / N. totale obiettivi previsti nel piano di attività > 80%		Lo stato di avanzamento risulta in linea con il piano di attività 2019	<i>Lo stato di avanzamento risulta in linea con il piano di attività 2019 (obiettivo raggiunto al 100% per la struttura e coordinamento interessati) E' in corso la predisposizione della domanda di Accredитamento completa della documentazione richiesta dall'Ente di accreditamento</i>	100	5
Miglioramento sistema Qualità	5%		Realizzazioni progetti/azioni di miglioramento per adeguamento a requisiti di accreditamento non soddisfatti	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	Numero azioni miglioramento implementate / N. totale di requisiti pertinenti e non soddisfatti > 70%		<i>Non essendoci particolari criticità da correggere riferibili a requisiti di Accredитamento non soddisfatti, si stanno registrando comunque tutte le azioni/progetti di miglioramento ad impatto rilevante sulla Qualità del servizio.</i>	<i>Non ci sono stati particolari criticità da correggere riferibili a requisiti di Accredитamento non soddisfatti, si sono registrate comunque tutte le azioni/progetti di miglioramento ad impatto rilevante sulla Qualità del servizio.</i>	100	5

BUDGET 2019

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

Responsabile: Dott. ssa Francesca Carozzi

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Aggiornamento e/o rivalidazione documentazione di struttura	4%		Aggiornamento/rivalidazione della documentazione organizzativa e tecnico-operativa (procedure, istruzioni, protocolli, modulistica) di pertinenza, approvata da oltre tre anni.	Monitoraggio quadrimestrale	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 3 anni > 80%		<i>E' in corso la revisione di parte della documentazione obsoleta a carico delle responsabilità di pertinenza. Il mandato che è stato dato ai responsabili prevede il completamento dell'obiettivo entro Dicembre p.v.</i>	OBIETTIVO NON VALUTABILE (in quanto spostata dalla Direzione la data al 30.04.2020)		
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		2 riunioni con Direzione (vedi verbali)+ 2 riunioni con ufficio supporto ricerca e ufficio Personale	2 riunioni con Direzione (vedi verbali)+ 2 riunioni con ufficio supporto ricerca e ufficio Personale	100	3
Tempi di attesa per invio referto negativo screening cervicce	5%		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	Tempo di attesa invio referto negativo screening cervicce pap test 99,3%, HPV 99,9%	Tempo di attesa invio referto negativo screening cervicce pap test 99,3%, HPV 99,9%	Tempo di attesa invio referto negativo screening cervicce pap test 93%, HPV 100%	100	5
Tempi di attesa per invio referto negativo screening colon rettale	5%		Contenimento dei tempi di attesa per invio referto negativo entro i limiti previsti da ONS (accettabile il 90% entro 15 gg)		Tempo di attesa invio referto negativo screening colon rettale	Tempo di attesa invio referto negativo screening colon rettale 100 %	Tempo di attesa invio referto negativo screening colon rettale 100 %	Tempo di attesa invio referto negativo screening colon rettale 100 %	100	5

BUDGET 2019

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

Responsabile: Dott. ssa Francesca Carozzi

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiunto	Peso % raggiunto
Capacità di ricerca e Fund Raising	5%		Capacità di attrarre finanziamenti esterni attraverso partecipazione ai bandi di ricerca usciti nell'anno: presentazione di almeno 6 progetti		N° di progetti presentati con il coinvolgimento dell'ufficio Attività amm.ve supporto area ricerca	3 progetti presentati	4 progetti presentati	7 progetti presentati	100	5
Prevenzione della corruzione	3%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi	Predisposizione ed invio della mappatura dei processi entro Ottobre	Invio mappatura 11_10_2019	Invio mappatura 11_10_2019	100	3
	3%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Eventi formativi sulla prevenzione della corruzione in programma entro l'anno	Corso FAD da concludere entro 31.12	88,24% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	98,04	3
Programmazione formazione ECM	2%		Realizzazione eventi formazione ECM >90%		N. eventi formativi ECM realizzati/totale eventi formativi ECM programmati	Valutabile nel monitoraggio finale	5 eventi formazione	N. eventi formativi ECM realizzati/totale eventi formativi ECM programmati 11/14=79%	87,78	2
Privacy	3%		Partecipazione corsi privacy dei Responsabili 100%		% adesione corsi privacy	Corsi previsti per Settembre e Ottobre	Partecipazione corso Direttore sc 91,67 % , MM 100% 11/9, CM 100% TOTALE 97,9%	Partecipazione corso Direttore sc 91,67 % , MM 100% 11/9, CM 100% TOTALE 97,9%	97,90	3

BUDGET 2019

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

Responsabile: Dott. ssa Francesca Carozzi

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	2%		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		Riunioni 25/2 9/5 e 17/6	Riunioni 25/2 9/5 e 17/6	100	2





BUDGET 2019

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

Responsabile: Dott. ssa Francesca Carozzi

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR										
Miglioramento qualità	5%		Fattibilità e progetto pilota programma veq per pap test primario per la Regione Toscana		Fattibilità entro Maggio e lancio progetto pilota entro l'anno		Il primo ciclo di VEQ si è già concluso.	Fattibilità e progetto pilota	100	5
TOTALE	100%									89

LEGENDA CODICI COLORE AI FINI DEL MONITORAGGIO:

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

RAGGIUNGI MENT O OBIET TIVI AL NETT O OBIET TIVI NON VALUT ABILI	99
--	----

BUDGET 2019

S.S. Centro di Riabilitazione Oncologica

Responsabile: Dr.ssa Maria Grazia Muraca

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azi oni	Indicatore	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo /monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Rischio Clinico	5%		Realizzazione di almeno 1 Audit		N. Audit	0 Audit	0 Audit	0 Audit	0	0
	5%		Realizzazione di almeno 2 M&M		N. M&M	0 M&M	0 M&M	0 M&M	0	0
	5%		Tempestività segnalazione e gestione EA inserite su Si_GRC almeno 80%		N. segnalazioni prese in carico Si-GCR dal facilitatore entro 45 giorni dalla data di accadimento/N. Totale segnalazioni inserite su Si_GRC	Nel primo semestre 2019 non sono stati registrati Eventi Avversi nè Cadute.	non sono stati registrati Eventi Avversi nè Cadute.	non sono stati registrati Eventi Avversi nè Cadute.	100	5
	5%		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		Applicazione buone pratiche per la sicurezza del paziente "Capacità di controllo delle cadute dei pazienti"	Nel primo semestre 2019 non sono stati registrati Eventi Avversi nè Cadute.	non sono stati registrati Eventi Avversi nè Cadute.	non sono stati registrati Eventi Avversi nè Cadute.	100	5

S.S. Centro di Riabilitazione Oncologica

Responsabile: Dr.ssa Maria Grazia Muraca

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azi oni	Indicatore	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Tempi d'attesa e s...	10%		Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica >90% al netto Riabilitazione individuale e di gruppo		Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica >90%	1° sem 2019 ricette dem 91%	84,00%	96,13%	100	10
	5%		Adozione del catalogo regionale della specialistica ambulatoriale		Supporto all'allineamento prestazioni Ispro a nuovo catalogo regionale	Supporto all'allineamento prestazioni Ispro a nuovo catalogo regionale	Supporto all'allineamento prestazioni Ispro a nuovo catalogo regionale	Supporto all'allineamento prestazioni Ispro a nuovo catalogo regionale	100	5
	10%		antecedente al momento della erogazione. Incremento rispetto al 2018 della % prestazioni con data erogazione diversa		% prestazioni con data erogazione diversa da data prescrizione	Anno 2018 25%. 1° semestre 2019 17%	Genn Sett 2019 40%	Genn Dic 2019 47,78%, Genn Dic 2018 25%	100	10

S.S. Centro di Riabilitazione Oncologica

Responsabile: Dr.ssa Maria Grazia Muraca

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azi oni	Indicatore	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo /monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Qualità della documentazione sanitaria	5%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta	io quadri mensile su campione del 5% delle schede sanitarie (ovvero 20 schede	Schede cliniche ambulatoriali/referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale >= 90%		Scostamento con la nuova organizzazione del sistema di controllo Qualità Doc San, e' in corso la definizione e degli strumenti di monitoraggio revisionati ad hoc per ciascuna struttura. Ragionevolmente il nuovo	OBIETTIVO NON VALUTABILE Monitoraggio sospeso		

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

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azi oni	Indicatore	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Accreditamento Istituzionale	10%		Raggiungimento e mantenimento standard di accreditamento per il processo di interesse	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione		di accreditamento dei processi assistenziali, comprendendo anche il recepimento del processo screening proposto dal coordinamento regionale. appena disponibili saranno svolti Audit specifici per ciascuno	<i>Si confermano i dati relativi ai requisiti del regolamento DPGR 79/R 2016 che attestano tutti i processi assistenziali accreditati con punteggi > 70% per tutte le strutture/coordinamenti interessati.</i>	100	10

S.S. Centro di Riabilitazione Oncologica

Responsabile: Dr.ssa Maria Grazia Muraca

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azi oni	Indicatore	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo /monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Miglioramento sistema Qualità	10%		Realizzazioni progetti/azioni di miglioramento per adeguamento a requisiti di accreditamento non soddisfatti	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	Numero azioni miglioramento implementate / N. totale di requisiti pertinenti e non soddisfatti > 70%		<i>criticità da correggere e riferibili a requisiti di Accredimento non soddisfatti, si stanno registrando comunque e tutte le azioni/progetti di miglioramento ad impatto rilevante sulla Qualità del servizio. Al</i>	Non ci sono stati particolari criticità da correggere riferibili a requisiti di Accredimento non soddisfatti, si sono registrate comunque tutte le azioni/progetti di miglioramento ad impatto rilevante sulla Qualità del servizio.	100	10

S.S. Centro di Riabilitazione Oncologica

Responsabile: Dr.ssa Maria Grazia Muraca

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azi oni	Indicatore	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Aggiornamento e/o rivalidazione documentazione di struttura	5%		Aggiornamento/ rivalidazione della documentazione organizzativa e tecnico-operativa (procedure, istruzioni, protocolli, modulistica) di pertinenza, approvata da oltre tre anni	Monitoraggio quadri mensile	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 3 anni > 80%		si parte della documentazione obsoleta a carico delle responsabilità di pertinenza. Il mandato che è stato dato ai responsabili prevede il completamento	OBIETTIVO NON VALUTABILE (in quanto spostata dalla Direzione la data al 30.04.2020)		
Integrazione multidisciplinare	5%		Convoicamento degli Uffici Amministrativi alle riunioni di struttura riguardanti le principali procedure amministrative (richieste personale, beni e servizi..etc) in almeno 2 riunioni di		N.verbali sottoscritti di riunioni con presenza personale amministrativo coinvolto		2 riunioni (vedi verbali 8/5 e 23/7)	2 riunioni (vedi verbali 8/5 e 23/7)	100	5

S.S. Centro di Riabilitazione Oncologica

Responsabile: Dr.ssa Maria Grazia Muraca

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azi oni	Indicatore	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungi mento	Peso % raggiunto
Prevenzione della corruzione	5%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi	Predisposizione ed invio della mappatura dei processi entro Ottobre	Inviata 31.10.2019	Inviata 31.10.2019	100	5
	5%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Eventi formativi sulla prevenzione della corruzione in programma entro l'anno	Corso FAD da concluder e entro 31.12	0,00%	0	0
Privacy	5%		Partecipazione corsi privacy dei Responsabili 100%		% adesione corsi privacy	Corsi previsti per Settembre e Ottobre	Partecipazione al corso 2/10 100%	Partecipazione al corso 2/10 100%	100	5

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

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Azi oni	Indicatore	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR										
Arteterapia	5%		Realizzazione di un mosaico con la collaborazione dei pazienti operati		Realizzazione mosaico		Novembre e il mosaico verrà posizionato all'ingresso	Il mosaico è stato posizionato all'ingresso nel mese di Dicembre	100	5
TOTALE	100%									75

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 AL NETTO OBIETTIVI NON VALUTABILI	83
--	-----------

BUDGET 2019

S.C. Attività tecnico amministrative

Responsabile: Dott. Mario Piccoli Mazzini

OBIETTIVI 2019	Peso	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/m onitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitora ggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitorag gio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Efficienza ed economicità	15%		Adempimenti amministrativi per il trasferimento ambulatori Senologia Clinica presso Villa Delle Rose	Conclusione procedure amministrative di gara		Careggi non ha adempiuto agli impegni previsti dalla Convenzione causa dimissione ingegnere	Delibera DG n. 338/19 Affidamento procedura negoziata: incarico studio ingegneria	100	15
Efficienza ed economicità	15%		Gestione dei budget di spesa trasversali	Rispetto importi previsti (come da BP 2019) nelle singole autorizzazioni di spesa gestite come budget trasversale			% di rispetto degli importi previsti sulle singole autorizzazioni di spesa: 98,9%	99	15
Progetto PAC regionale	15%		Completamento PAC d'Istituto	Redazione/aggiornamento/ applicazione procedure di competenza		La procedura per la gestione registro cespiti ancora in bozza da approvare, mancano procedura su personale dipendente e assimilati, procedura fondi rischi e oneri sul personale e procedura fondi rischi cause legali	Raggiungimento obiettivo 5,86/6=97,7% (vedi relazione)	98	15

BUDGET 2019

S.C. Attività tecnico amministrative

Responsabile: Dott. Mario Piccoli Mazzini

OBIETTIVI 2019	Peso	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/m onitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitora ggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitorag gio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Prevenzione della corruzione	5%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre	Predisposizione ed invio della mappatura dei processi		Inviata mappatura in data 25/10	Inviata mappatura in data 25/10	100	5
	5%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	formativi sulla prevenzione della corruzione in programma	Corso FAD da concludere entro 31.12	95,65 % adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	100	5
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/N. riunioni per le quali è stata richiesta la partecipazione		vedi verbali Direzione	vedi verbali Direzione	100	5
Soddisfazione dell'utente	5%		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	reclamo ricevuto nel 1° Semestre per aspetti relazionali Accettazione e Amministrat	Nessun reclamo ricevuto nel 1° Semestre per aspetti relazionali Accettazione Amministrativa	N. 2 segnalazioni aspetti relazionali accettazione amm.va/2 reclami 2° semestre 2019	100	5

BUDGET 2019

S.C. Attività tecnico amministrative

Responsabile: Dott. Mario Piccoli Mazzini

OBIETTIVI 2019	Peso	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/m onitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitora ggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitorag gio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Aggiornamento e/o rivalidazione documentazione di struttura	5%		Aggiornamento/rivalidazione della documentazione organizzativa e tecnico- operativa (procedure, istruzioni, protocolli, modulistica) di pertinenza, approvata da oltre cinque anni	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 5 anni > 80%			OBIETTIVO NON VALUTABILE Non ci sono state procedure da aggiornare approvate da oltre 5 anni		
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			Riunione di Struttura Monitoraggio budget 15/11 e 4/3	100	5
Flussi informativi	15%		Analisi problematiche criticità flussi informativi	N. verbali riunioni con indicazione di proposta di soluzione delle criticità flussi	riunione RFC 180 Personale . Verbale riunione prestazioni Stranieri	Verbale riunione RFC 180 Personale . Verbale riunione prestazioni Stranieri ENI/STP	Verbale riunione RFC 180 Personale . Verbale riunione prestazioni Stranieri ENI/STP	100	15
Privacy	7%		Partecipazione corsi privacy dei Responsabili 100%	% adesione corsi privacy	Corsi previsti per Settembre e Ottobre	Partecipazione al corso 2/10 100%	Partecipazione al corso 2/10 100%	100	7

BUDGET 2019

S.C. Attività tecnico amministrative

Responsabile: Dott. Mario Piccoli Mazzini

OBIETTIVI 2019	Peso	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/m onitoraggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitora ggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitorag gio 31.12.2019	% raggiungimento	Peso % raggiunto
Tempestività pagamenti	3%		Rispetto dei tempi di pagamento fornitori (N. solleciti ricevuti < 10)	N. solleciti ricevuti			16 solleciti di pagamento	99	3
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR									
									95
TOTALE	100%								

**RAGGIUNGIMENTO
OBIETTIVI
AL NETTO
OBIETTIVI
NON
VALUTABILI**

100

LEGENDA CODICI COLORE AI FINI DEL MONITORAGGIO:

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

BUDGET 2019

S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti

Responsabile: Dott.ssa Cristina Gheri

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/monito raggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungi mento	Peso % raggiunto
Efficienza ed economicità	10%		Monitoraggio sul rispetto del tetto dei costi di funzionamento (L. 122/2010, LRT 65/2010, DGR 81/2012)	Invio tabella con monitoraggio costi di funzionament o trimestrale alla Direzione Amministrati va	Inviati Report costi funzionamento 6 Marzo	Inviati Report costi funzionament o 6 Marzo e 21 Agosto	Inviati Report costi funzionament o 6 Marzo ,21 Agosto 11 Novembre	100	10
Progetto PAC regionale	15%		Completamento PAC d'Istituto	Redazione/aggiornament o/ applicazione procedure di competenza	Redazione procedure AP034 GESTIONE PATRIMONIO AP033 CONTRIBUTI C/ESERCIZIO	Redazione procedure AP034 GESTIONE PATRIMONIO AP033 CONTRIBUTI C/ESERCIZIO	Redazione procedure AP034 GESTIONE PATRIMONIO AP033 CONTRIBUTI C/ESERCIZIO	100	15
Manutenzione cruscotto direzionale	15%		Manutenzione/aggiornamento del cruscotto aziendale con indicatori di interesse aziendale Monitoraggio almeno quadrimestrale degli indicatori del cruscotto direzionale (3 cruscotti direzionali)	N° cruscotti aziendali prodotti	Elaborato report cruscotto Genn_Apr2019 e Genn Giu 2019	Elaborato report cruscotto Genn_Apr2019 e Genn Giu 2019 e presentazione UFD Gennaio Agosto 2019	Elaborato report cruscotto Genn_Apr2019 e Genn Giu 2019 e presentazione UFD Gennaio Agosto 2019	100	15

S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti

Responsabile: Dott.ssa Cristina Gheri

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/monito raggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungi mento	Peso % raggiunto
Prevenzione della corruzione	5%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre	Predisposizio ne ed invio della mappatura dei processi	Predisposizione ed invio della mappatura dei processi entro Ottobre	Inviata mappatura processi 6-9-2019	Inviata mappatura processi 6-9-2019	100	5
	5%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	Eventi formativi sulla prevenzione della corruzione in programma entro l'anno	Corso FAD da concludere entro 31.12	100% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	100	5
Integrazione multidisciplinare	5%		Partecipazione degli Uffici Amministrativi a tutte le riunioni di struttura riguardanti le principali procedure amministrative (richieste personale, beni e servizi..etc)	presenza personale amministrativ o coinvolto/ N. riunioni per le quali è stata richiesta		Partecipazion e a 2 riunioni 25/ 9, 1 riunione 27/9	Partecipazion e 4 riunioni, assente giustificata riunione 3/10	100	5

S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti

Responsabile: Dott.ssa Cristina Gheri

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/monito raggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31.12.2019	% raggiungi mento	Peso % raggiunto
Aggiornamento e/ o rivalidazione documentazione di struttura	10%		Aggiornamento/ rivalidazione della documentazione organizzativa e tecnico-operativa (procedure, istruzioni, protocolli, modulistica) di pertinenza, approvata da oltre cinque anni.	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 3 anni > 80%		<i>Aggiornament o procedura AP018 Gestione delle Non Conformità delle Azioni Correttive</i>	<i>Aggiornament o procedura AP018 Gestione delle Non Conformità delle Azioni Correttive</i>	100	10
Privacy	5%		Partecipazione corsi privacy dei Responsabili 100%	% adesione corsi privacy	<i>Corsi previsti per Settembre e Ottobre</i>	<i>Partecipazion e al corso 11/9 100%</i>	<i>Partecipazion e al corso 11/9 e 2/10 100%</i>	100	5

S.S. Bilancio, Contabilità e Investimenti

Responsabile: Dott.ssa Cristina Gheri

OBIETTIVI 2019	Peso %	Resp/ Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/monito raggio 30.06.2019	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 30.09.2019	Scostamento obiettivo/ monitoraggio 31.12.2019	% raggiungi mento	Peso % raggiunto
Flussi informativi	15%		Analisi problematiche criticità flussi informativi	N. verbali riunioni con indicazione di proposta di soluzione delle criticità flussi	Riunione Controllo di gestione con Ufficio del personale per RFC 180 e con Settore acquisti	Riunione Controllo di gestione con Ufficio del personale per RFC 180 e con Settore acquisti	Riunione Controllo di gestione con Ufficio del personale per RFC 180 e con Settore acquisti	100	15
Formazione	10%		Incontro formativo sulle politiche di bilancio nella SC Attività tecnico amministrative di almeno 2 ore	Incontro formativo	Entro l'anno		Incontro il 18/11	100	10
Tempestività pagamenti	5%		Rispetto dei tempi di pagamento delle fatture entro 20 gg dal ricevimento PEC	intercorso tra data mandato e PEC (campione)	Tempo medio 2 gg	Tempo medio 2 gg	Tempo medio 4 gg	100	5
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR									
TOTALE	100%								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