



VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

*Obiettivi di Budget per CdR
Anno 2022*

BUDGET 2022

S.S. Area Infermieristica

Direzione Sanitaria

OBIETTIVI 2022	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31/12/2022	% raggiungimento Obiettivi	Peso % raggiunto
Qualità della documentazione sanitaria	13%		Partecipazione alla corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta $\geq 90\%$	Monitoraggio trimestrale su campione del 5% (ovvero 20 schede mensili) del volume di attività annuali	Schede cliniche ambulatoriali/referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale	S.C. Screening e Prevenzione Secondaria: Effettuati = 264 Da effettuare = 240 % controlli = 110% S.C. Senologia Clinica: Effettuate = 246 Da effettuare = 240 % controlli = 102%	100%	13%
Soddisfazione dell'utente	5%		Azioni di miglioramento poste in essere a fronte dei reclami ricevuti dall'URP 100%		N. azioni di miglioramento/N. di fattispecie di reclami ricevuti	N. azioni di miglioramento: 18 N. fattispecie di reclami ricevuti: 18	100%	5%
Prevenzione della corruzione	5%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del 100% dei neoassunti / neo-inseriti		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del personale individuato	invitato n1 neo assunto/partecipato 1 neo assunto	100%	5%
Privacy	15%		Nomina incaricati, responsabili esterni e sub-responsabili entro il 31/05/2022		N. nomine effettuate / n. nomine da effettuare attestate dal DPO	n. 37 nomine effettuate n. 37 nomine da effettuare	100%	15%
Regolamento di Presidio	5%	SC Attività Tecnico Amministrative/SS Area Infermieristica e SS Area Tecnico Sanitaria	Collaborazione alla revisione del Regolamento di Presidio		Partecipazione a riunioni, sopralluoghi per quanto di competenza, ai fini della revisione del regolamento, come attestato dal Responsabile di Presidio	Bozza regolamento presentata alla Direzione il 21/12/2022	100%	5%
Sicurezza ed Antincendio	12%		Partecipazione alla gestione antincendio h12 ed alla vigilanza attiva (n. 1 unità addeba al SEPP)		n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal Responsabile Antincendio	n. turni coperti: 83 n. turni da coprire: 83	100%	12%
Transizione digitale	5%		Partecipazione eventi formativi Sillabus		n. partecipanti / n. personale individuato	Obiettivo non valutabile perché l'iniziativa Sillabus non è stata avviata		
	20%		Revisione/Rivalidazione procedure: applicazione del piano qualità approvato		n. procedure revisionate-rivalidate / n. procedure da revisionare-rivalidare	8 procedure revisionate su 8 da revisionare	100%	20%

BUDGET 2022

S.S. Area Infermieristica

Direzione Sanitaria

OBIETTIVI 2022	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31/12/2022	% raggiungimento Obiettivi	Peso % raggiunto
Qualità ed Accreditamento	10%	SC Screen. Prev. Sec., SC Senologia, SS CeRiOn/SS Area Infermieristica	Collaborazione documento Direzione relativo alla discussione sui dati di monitoraggio degli esiti, sul sistema di reporting and learning, sulla valutazione dell'adesione ai pdta, sulla valutazione degli utenti, contenente anche le ipotesi di miglioramento		Trasmissione documento annuale entro il 30/06/2022	Collaborazione ai documenti trasmessi in data 5/12, e 28/12	100%	10%
Ottimizzazione utilizzo spazi	10%	SC Senologia Clinica/ SC Attività Tecnico Amministrative, SS Area Infermieristica e SS Area Tecnico Sanitaria	Collaborazione trasferimento SC Senologia Clinica presso Villa delle Rose entro il 31/12/2022		Completamento del trasferimento ambulatori senologia a Villa delle Rose	Il trasferimento non è stato ancora completato ma si sta procedendo al graduale passaggio dell'attività della Struttura presso V.D.R. come attestato da Responsabile di Presidio	100%	10%
TOTALE	100%							95%

RAGGIUNTI 95%
RAGGIUNGIBILI 95%

RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI AL NETTO OBIETTIVI NON VALUTABILI	100%
---	-------------

BUDGET 2022

S.S. Area Tecnico Sanitario

Direzione Sanitaria

OBIETTIVI 2022	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31/12/2022	% raggiungimento Obiettivi	Peso % raggiunto
Efficienza ed economicità	5%		Contenimento giacenze per dispositivi per approfondimenti (giacenze al 31.12.2022 ≤ giacenze al 31.12.2021)		Valore giacenze finali	Valore giacenze dispositivi per approfondimenti 2022: euro 23.452 Valore giacenze dispositivi per approfondimenti 2021: euro 21.822 Var. % : +7%	93%	5%
Qualità della documentazione sanitaria	5%		Partecipazione alla corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta ≥ 90%	Monitoraggio trimestrale su campione del 5% (ovvero 20 schede mensili) dei volume di attività annuali	Schede cliniche ambulatoriali/referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale	Screening mammografico: Effettuati = 60 Da effettuare = 60 % controlli = 100% Riabilitazione oncologica: Effettuati = 20 Da effettuare = 20 % controlli = 100% Senologia Clinica: Effettuati = 246 Da effettuare = 240 % controlli = 102% Laboratorio: Effettuati 253 % controllo = 105%	100%	5%
Capacità produttiva	10%	SC Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica/SS Area Tecnico Sanitaria	Collaborazione ad incremento dei volumi di attività laboratorio erogata anno 2022 > anno 2021		Volumi di attività erogata	Volumi 2022: 202.039 Volumi 2021: 238.667 Riduzione di circa il 15%	87%	9%
	10%	SC Screening e Prevenzione Secondaria/SS Area Tecnico Sanitaria	Collaborazione ad incremento dei volumi di attività radiologica erogata anno 2022 > anno 2021 al netto attività in outsourcing		Volumi di attività erogata	Volumi 2022: 66.476 Volumi 2021 (al netto FORA): 68.367 Riduzione di circa il 3%	97%	10%
Implementazione nuovo gestionale di anatomia patologica	6%	SC Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica/SS Area Tecnico Sanitaria	Passaggio al nuovo gestionale entro il 30 giugno 2022		Data passaggio risultante da verbale di collaudo	Passaggio al nuovo gestionale avvenuto alla fine di aprile. In attesa di ricevere il verbale di collaudo da ESTAR	100%	6%
Implementazione nuovo gestionale screening	8%	SC Screening e Prevenzione Secondaria/SS Area Tecnico Sanitaria	Passaggio al nuovo gestionale di screening entro il 30 giugno 2022		Data passaggio risultante da verbale di collaudo	Obiettivo non valutabile. Il Collaudo è stato rimandato a metà gennaio 2023		

BUDGET 2022

S.S. Area Tecnico Sanitario

Direzione Sanitaria

OBIETTIVI 2022	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31/12/2022	% raggiungimento Obiettivi	Peso % raggiunto
Prevenzione della corruzione	5%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del 100% dei neoassunti / neo-inseriti		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del personale individuato	Invitato 1 neo assunto/partecipato 1 neo assunto	100%	5%
Privacy	8%		Nomina incaricati, responsabili esterni e sub-responsabili entro il 31/05/2022		N. nomine effettuate / n. nomine da effettuare attestate dal DPO	n. 25 nomine effettuate n. 25 nomine da effettuare	100%	8%
Sicurezza ed Antincendio	10%		Partecipazione alla gestione antincendio h12		n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal Responsabile Antincendio	n. turni coperti: 71 n. turni da coprire: 71	100%	10%
Regolamento di Presidio	5%	SC Attività Tecnico Amministrative/SS Area Infermieristica e SS Area Tecnico Sanitaria	Collaborazione alla revisione del Regolamento di Presidio		Partecipazione a riunioni, sopralluoghi per quanto di competenza, ai fini della revisione del regolamento, come attestato dal Responsabile di Presidio	Bozza regolamento presentata alla Direzione il 21/12/2022	100%	5%
Ottimizzazione utilizzo spazi	10%	SC Senologia Clinica/ SC Attività Tecnico Amministrative, SS Area Infermieristica e SS Area Tecnico Sanitaria	Collaborazione trasferimento SC Senologia Clinica presso Villa delle Rose entro il 31/12/2022		Completamento del trasferimento ambulatori senologia a Villa delle Rose	Il trasferimento non è stato ancora completato ma si sta procedendo al graduale passaggio dell'attività della Struttura presso V.D.R. come attestato da Responsabile di Presidio	100%	10%
Qualità ed Accreditamento	8%		Revisione/Rivalidazione procedure: applicazione del piano qualità approvato		n. procedure revisionate-rivalidate / n. procedure da revisionare-rivalidare	3 procedure su 4	75%	6%
	5%	SC Screen. Prev. Sec., SC Senologia, SS CeRiOn, SC LRPO/SS Area Tecnico Sanitaria	Collaborazione documento Direzione relativo alla discussione sui dati di monitoraggio degli esiti, sul sistema di reporting and learning, sulla valutazione dell'adesione ai pdta, sulla valutazione degli utenti, contenente anche le ipotesi di miglioramento		Trasmissione documento annuale entro il 30/06/2022	Collaborazione ai documenti trasmessi in data 21/06, 5/12, e 28/12	100%	5%
Transizione digitale	5%		Partecipazione eventi formativi Sillabus		n. partecipanti / n. personale individuato	Obiettivo non valutabile perché l'iniziativa Sillabus non è stata avviata		
TOTALE	100%							83%

BUDGET 2022

S.S. Area Tecnico Sanitario

Direzione Sanitaria

OBIETTIVI 2022	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31/12/2022	% raggiungimento Obiettivi	Peso % raggiunto
----------------	--------	-----------	---------------------	--------	------------	--	-------------------------------	---------------------

RAGGIUNTI 83%
RAGGIUNGIBILI 87%

RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI AL NETTO OBIETTIVI NON
VALUTABILI

95%

BUDGET 2022

S.C. Senologia clinica

Direttore: Dott. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2022	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31/12/2022	% raggiungimento Obiettivi	Peso % raggiunto
Ottimizzazione utilizzo spazi	10%	SC Senologia Clinica/ SC Attività Tecnico Amministrative, SS Area Infermieristica e SS Area Tecnico Sanitaria	Collaborazione trasferimento SC Senologia Clinica presso Villa delle Rose entro il 31/12/2022		Completamento del trasferimento ambulatori senologia a Villa delle Rose	Il trasferimento non è stato ancora completato ma si sta procedendo al graduale passaggio dell'attività della Struttura presso V.D.R. come attestato da Responsabile di Presidio	100%	10%
Tempi d'attesa e specialistica	8%		Ricetta dematerializzata specialistica > 90%		% Ricette dematerializzata specialistica sul totale ricette	% DEMA su totale erogato = 98%	100%	8%
Rischio Clinico	10%		Realizzazione di almeno 3 Audit con attuazione azioni di miglioramento		N. Audit e azioni di miglioramento attuate	n. 3 audit realizzato con n. 5 azioni di miglioramento	100%	10%
	3%		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		Applicazione buone pratiche per la sicurezza del paziente "Capacità di controllo delle cadute dei pazienti"	Registrata n. 1 caduta che non ha prodotto conseguenze	100%	3%
Efficienza ed economicità	5%		Mantenimento valore consumo dispositivi medici rispetto al 2021		Importo consumi dispositivi medici ≤ importo consumi dispositivi medici anno 2021	Importo consumi dispositivi medici: Anno 2022: euro 70.984 Anno 2021: euro 111.608 Riduzione di circa 36%	100%	5%
	5%		Contenimento giacenze per dispositivi per approfondimenti (giacenze al 31.12.2022 ≤ giacenze al 31.12.2021)		Valore giacenze finali	Valore giacenze dispositivi per approfondimenti 2022: euro 20.606 Valore giacenze dispositivi per approfondimenti 2021: euro 18.445 Var. % : +1%	99%	5%

BUDGET 2022

S.C. Senologia clinica

Direttore: Dott. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2022	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31/12/2022	% raggiungimento Obiettivi	Peso % raggiunto
Qualità della documentazione sanitaria	5%		Partecipazione alla corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta ≥ 90%	Monitoraggio trimestrale su campione del 5% del volume di attività annuali (oppure 20 schede mensili) di cui almeno la metà casi complessi	Schede cliniche ambulatoriali/referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale	Effettuate = 246 Da effettuare = 240 % controlli = 102%	100%	5%
Prevenzione della corruzione	5%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del 100% dei neoassunti / neo-inseriti		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del personale individuato	nessun neo assunto/neo iscritto	100%	5%
Qualità ed Accredimento	8%		Revisione/Rivalidazione procedure: applicazione del piano qualità approvato		n. procedure revisionate-rivalidate / n. procedure da revisionare-rivalidare	1 procedura su 1	100%	8%
	10%		Documento Direzione relativo alla discussione sui dati di monitoraggio degli esiti, sul sistema di reporting and learning, sulla valutazione dell'adesione ai pdta, sulla valutazione degli utenti, contenente anche le ipotesi di miglioramento		Trasmissione documento annuale entro il 30/06/2022	Documento trasmesso alla Direzione in data 05/12/2022 ritardo 5 mesi	58%	6%
	10%		Adesione PDTA di pertinenza		Definizione e rilevazione indicatore per ciascun PDTA	6 indicatori su 6	100%	10%
Transizione digitale	5%		Partecipazione eventi formativi Sillabus		n. partecipanti / n. personale individuato	Obiettivo non valutabile perché l'iniziativa Sillabus non è stata avviata		
Privacy	11%		Nomina incaricati, responsabili esterni e sub-responsabili entro il 31/05/2022		N. nomine effettuate / n. nomine da effettuare attestate dal DPO	n. 3 nomine effettuate n. 3 nomine da effettuare	100%	11%
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR								
Tirocini e tutoraggio	5%		Accettazione del 100% delle richieste di tirocinio		n. tirocinanti accettati / n. richieste pervenute	n. 2 domande di tirocinio pervenute n. 2 domande di tirocinio accettate	100%	5%

BUDGET 2022

S.C. Senologia clinica

Direttore: Dott. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2022	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31/12/2022	% raggiungimento Obiettivi	Peso % raggiunto
TOTALE	100%							91%

RAGGIUNTI 91%
RAGGIUNGIBILI 95%

RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI AL NETTO OBIETTIVI
NON VALUTABILI

96%

BUDGET 2022

S.S. Centro di Riabilitazione Oncologica

Responsabile: Dott.ssa Isolina Bracciali

OBIETTIVI 2022	Peso %	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31/12/2022	% raggiungimento Obiettivi	Peso % raggiunto
Rischio Clinico	8%	Realizzazione di almeno 2 Audit con attuazione azioni di miglioramento		N. Audit e azioni di miglioramento attuate	n. 2 audit realizzati Su 2 da realizzare	100%	8%
	3%	Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		Applicazione buone pratiche per la sicurezza del paziente "Capacità di controllo delle cadute dei pazienti"	Non si sono verificate cadute	100%	3%
Tempi d'attesa e specialistica	7%	Ricetta dematerializzata specialistica > 90% (con esclusione ricette per Riabilitazione individuale e di gruppo)		% Ricette dematerializzata specialistica sul totale ricette	% DEMA su totale erogato = 98%	100%	7%
Qualità della documentazione sanitaria	12%	Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta ≥ 90%	Monitoraggio trimestrale su campione del 5% delle schede sanitarie dei trattamenti conclusi	Schede cliniche ambulatoriali/referti compilati nel rispetto di quanto definito	Effettuate = 20 Da effettuare = 20	100%	12%
Privacy	10%	Nomina incaricati, responsabili esterni e sub-responsabili entro il 31/05/2022		N. nomine effettuate / n. nomine da effettuare attestata dal DPO	Nessuna nomina doveva essere effettuata dalla Struttura	100%	10%
Completa rilevazione prestazioni riabilitazione	10%	Completa compilazione campi Flussi SPR in base alle indicazioni della RT (>90%)		% compilazione campi flussi	Valutazione iniziali eseguite: 210 Valutazioni iniziali da eseguire: 211 % valutazioni eseguite: 99,53% Valutazione finali eseguite: 210 Valutazioni finali da eseguire: 211 % valutazioni eseguite: 99,53%	100%	10%
Riabilitazione oncologica	10%	Effettuazione trattamenti di riabilitazione individuale o di gruppo ≥ trattamenti erogati anno 2020		n. prestazioni riabilitazione erogate	N. prestazioni riabilitazione 2022: 1.990 N. prestazioni riabilitazione 2020: 1.902 Incremento del 5%	100%	10%
	15%	Revisione/Rivalidazione procedure: applicazione del piano qualità approvato		n. procedure revisionate-rivalidate / n. procedure da revisionare-rivalidare	0 procedure su 5	0%	0%

BUDGET 2022

S.S. Centro di Riabilitazione Oncologica

Responsabile: Dott.ssa Isolina Bracciali

OBIETTIVI 2022	Peso %	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31/12/2022	% raggiungimento Obiettivi	Peso % raggiunto
Qualità ed Accredimento	10%	Documento Direzione relativo alla discussione sui dati di monitoraggio degli esiti, sul sistema di reporting and learning, sulla valutazione dell'adesione ai pdta, sulla valutazione degli utenti, contenente anche le ipotesi di miglioramento		Trasmissione documento annuale entro il 30/06/2022	non è stato trasmesso nessun documento	0%	0%
	10%	Adesione PDTA di pertinenza		Definizione e rilevazione indicatore per ciascun PDTA	nessuna definizione e nessuna rilevazione	0%	0%
Transizione digitale	5%	Partecipazione eventi formativi Sillabus		n. partecipanti / n. personale individuato	Obiettivo non valutabile perché l'iniziativa Sillabus non è stata avviata		
TOTALE	100%						60%

RAGGIUNTI 60%
RAGGIUNGIBILI 95%

RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI AL NETTO OBIETTIVI NON VALUTABILI

63%

BUDGET 2022

S.C. Core Research Laboratory (CRL)

Direttore: Dott. Rosario Notaro

OBIETTIVI 2022	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31/12/2022	% raggiungimento Obiettivi	Peso % raggiunto
Capacità di ricerca	16%		Capacità di attrarre finanziamenti esterni attraverso partecipazione ai bandi di ricerca usciti nell'anno: presentazione di almeno 3 progetti	N° di progetti presentati come capofila o come partner con il coinvolgimento dell'ufficio Attività amm.ve supporto area ricerca	n. 5 progetti presentati n. 3 da presentare	100%	16%
	21%		IF di struttura $\geq 90\%$ all'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni	IF Anno 2022/IF medio Anni 2019-2021	IF Anno 2022/IF medio Anni 2019-2021=349,33%	100%	21%
	5%		Relazioni con Centri di Ricerca Regionali e Nazionali (almeno 7)	N. rapporti certificati dal centro esterno	N. rapporti certificati raccolti: 8 N. rapporti da certificare: 7	100%	5%
Prevenzione della corruzione	10%	Fixer Aziendale/SC Screen. Prev. Sec., SC CRL, SC LRPO, SC Epid. Fatt. di Rischio e Stili Vita e SC Epid. Clin. e Supp. Gov. Clin.	Redazione del regolamento sulla gestione delle sperimentazioni cliniche entro il 31/12/2022	Redazione e trasmissione del regolamento al Resp. Qualità ed Accreditamento	Il Regolamento è stato redatto ed inviato a mezzo e-mail alla Direzione in data 26.09.2022	100%	10%
	3%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del 100% dei neoassunti / neo-inseriti	% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del personale individuato	Invitato n. 3 borsisti/partecipato n. 3 borsisti	100%	3%
Efficienza ed economicità	7%		Riduzione importo dei servizi acquisiti di almeno 8% rispetto all'anno 2021	Costo servizi anno 2022	Costo servizi: 2022: euro 188.741 2021: euro 250.300 Riduzione di circa 25%	100%	7%
	10%		Mantenimento valore consumo dispositivi medici e prodotti chimici rispetto al 2021 (escluso i consumi di dispositivi medici e prodotti chimici per i progetti finalizzati)	Importo consumi dispositivi medici e prodotti chimici	Importo consumi dispositivi medici e prodotti chimici: Anno 2022: euro 101.008 Anno 2021: euro 81.035 Incremento di circa 25%	80%	8%

BUDGET 2022

S.C. Core Research Laboratory (CRL)

Direttore: Dott. Rosario Notaro

OBIETTIVI 2022	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31/12/2022	% raggiungimento Obiettivi	Peso % raggiunto
Qualità ed Accreditamento	15%		Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure: applicazione del piano qualità approvato	n. procedure revisionate-rivalidate-redatte / n. procedure da revisionare-rivalidare-redigere	0 procedure su 1	0%	0%
Transizione digitale	5%		Partecipazione eventi formativi Sillabus	n. partecipanti / n. personale individuato	Obiettivo non valutabile perché l'iniziativa Sillabus non è stata avviata		
Privacy	8%		Nomina incaricati, responsabili esterni e sub-responsabili entro il 31/05/2022	N. nomine effettuate / n. nomine da effettuare attestate dal DPO	n. 1 nomina effettuata n. 1 nomina da effettuare	100%	8%
TOTALE	100%						78%

RAGGIUNTI 78%
RAGGIUNGIBILI 95%

RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI AL NETTO OBIETTIVI NON VALUTABILI	82%
--	------------

BUDGET 2022

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

Direttore: Dott. Domenico Palli

OBIETTIVI 2022	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31/12/2022	% raggiungimento Obiettivi	Peso % raggiunto
Capacità di ricerca	10%		IF di struttura \geq IF medio di struttura degli ultimi 3 anni	IF Anno 2022/IF medio Anni 2019-20-21	IF Anno 2022/IF medio Anni 2019-20-21=56,88%	57%	6%
	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 capofila o come partner con il coinvolgimento dell'ufficio Attività amm.ve supporto area ricerca	n. 3 progetto presentato n. 2 da presentare	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)	13%		Progetto esecutivo a livello di Istituto	Avvio progetto esecutivo pilota (ambulatorio primo livello)	1° visita ambulatorio effettuata martedì 11 ottobre tuttora in svolgimento con cadenza settimanale	100%	13%
Registro Mortalità della Regione Toscana	17%		Completamento inserimento Anno 2019 (100%)	N° inserimenti effettuati / N° casi da inserire dell'anno 2019	n. 44.620 inserimenti effettuati n. 44.620 inserimenti da effettuare	100%	17%
Prevenzione della corruzione	10%	Fixer Aziendale/SC Screen. Prev. Sec., SC CRL., SC LRPO, SC Epid. Fatt. di Rischio e Stili Vita e SC Epid. Clin. e Supp. Gov. Clin.	Redazione del regolamento sulla gestione delle sperimentazioni cliniche entro il 31/12/2022	Redazione e trasmissione del regolamento al Resp. Qualità ed Accreditamento	Il Regolamento è stato redatto ed inviato a mezzo e-mail alla Direzione in data 26.09.2022	100%	10%
	5%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del 100% dei neoassunti / neo-inseriti	% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del personale individuato	Invitato n. 3 borsisti e n. 1 LP/partecipato n. 2 borsisti e n. 1 LP	75%	4%
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	5%		Effettuazione di almeno 2 riunioni complessive di struttura per analisi delle attività/monitoraggio budget con partecipazione delle PO dei coordinamenti	N° di riunioni di struttura con elenco sottoscritto dei partecipanti	Effettuate n. 2 riunioni su 2 da effettuarsi	100%	5%
Privacy	12%		Nomina incaricati, responsabili esterni e sub-responsabili entro il 31/05/2022	N. nomine effettuate / n. nomine da effettuare attestata dal DPO	n. 15 nomine effettuate n. 15 nomine da effettuare	100%	12%

BUDGET 2022

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

Direttore: Dott. Domenico Palli

OBIETTIVI 2022	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31/12/2022	% raggiungimento Obiettivi	Peso % raggiunto
Qualità ed Accredimento	8%		Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure: applicazione del piano qualità approvato	n. procedure revisionate-rivalidate-redatte / n. procedure da revisionare-rivalidare- redigere	1 procedura su 2	50%	4%
Transizione digitale	5%		Partecipazione eventi formativi Sillabus	n. partecipanti / n. personale individuato	Obiettivo non valutabile perché l'iniziativa Sillabus non è stata avviata		
Sicurezza ed Antincendio	5%		Partecipazione alla gestione antincendio h12	n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal Responsabile Antincendio	n. turni coperti: 17 n. turni da coprire: 17	100%	5%
TOTALE	100%						85%

RAGGIUNTI 85%
RAGGIUNGIBILI 95%

RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI AL NETTO OBIETTIVI NON VALUTABILI	90%
---	------------

BUDGET 2022

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

Direttore: Dott.ssa Masala Giovanna

OBIETTIVI 2022	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31/12/2022	% raggiungimento Obiettivi	Peso % raggiunto
Registro Tumori della Regione Toscana	10%		Completamento inserimento Anno 2017 e 2018 (100%)	N° inserimenti effettuati/N° casi da inserire dell'anno 2017 e 2018	39.394 su 50.000	79%	8%
	10%		Conseguimento piena operatività del nuovo gestionale per il Registro Tumori entro il 31/12/2022	Redazione e trasmissione verbale sottoscritto	Obiettivo non valutabile, il fornitore non è riuscito a completare il Registro nei tempi concordati		
Prevenzione	5%	SC Screening prevenzione secondaria/SC Epidemiologia clinica	Monitoraggio e coordinamento relativi agli screening oncologici	Invio relazione in Regione Toscana entro il 31/05/2022 15/06/2022 ¹	Relazione inviata in Regione in data 14/06/2022	100%	5%
Capacità di ricerca	10%		IF di struttura \geq IF medio di struttura degli ultimi 3 anni	IF Anno 2022/IF medio Anni 2019-2021	IF Anno 2022/IF medio Anni 2019-20-21=148,40%	100%	10%
	10%		Capacità di attrarre finanziamenti esterni anche attraverso partecipazione ai bandi di ricerca usciti nell'anno: presentazione di almeno 4 progetti	N° di progetti presentati come capofila o come partner con il coinvolgimento dell'ufficio Attività amm.ve supporto area ricerca	n. 8 progetti presentati su 4 richiesti	100%	10%
	10%	SC Epidemiologia Clinica /SS Area Statistico Epidemiologica	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) nei tempi necessari per la chiusura del budget	Predisposizione del calcolo indicatore Impact Factor (vedi deliberazione DG) per CdR entro il 30/04/2022	Indicatore predisposto ed inviato in data 29/04/2022	100%	10%
Prevenzione della corruzione	8%	Fixer Aziendale/SC Screen. Prev. Sec., SC CRL, SC LRPO, SC Epid. Fatt. di Rischio e Stili Vita e SC Epid. Clin. e Supp. Gov. Clin.	Redazione del regolamento sulla gestione delle sperimentazioni cliniche entro il 31/12/2022	Redazione e trasmissione del regolamento al Resp. Qualità ed Accreditamento	Il Regolamento è stato redatto ed inviato a mezzo e-mail alla Direzione in data 26.09.2022	100%	8%

BUDGET 2022

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

Direttore: Dott.ssa Masala Giovanna

OBIETTIVI 2022	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31/12/2022	% raggiungimento Obiettivi	Peso % raggiunto
	5%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del 100% dei neoassunti / neo-inseriti	% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del personale individuato	Invitato n. 2 borsisti e n. 3 LP/partecipato n. 2 borsisti e n. 3 LP	100%	5%
Privacy	10%		Nomina incaricati, responsabili esterni e sub-responsabili entro il 31/05/2022	N. nomine effettuate / n. nomine da effettuare attestate dal DPO	n. 24 nomine effettuate n. 24 nomine da effettuare	100%	10%
Qualità ed Accredimento	7%		Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure: applicazione del piano qualità approvato	n. procedure revisionate-rivalidate-redatte / n. procedure da revisionare-rivalidare-redigere	3 procedure su 3	100%	7%
Transizione digitale	5%		Partecipazione eventi formativi Sillabus	n. partecipanti / n. personale individuato	Obiettivo non valutabile perché l'iniziativa Sillabus non è stata avviata		
Sicurezza ed Antincendio	5%		Partecipazione alla gestione antincendio h12	n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal Responsabile Antincendio	n. turni coperti: 6 n. turni da coprire: 6	100%	5%
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR							
Valutazione performance screening mammografico	5%		Valutazione indicatori di performance screening mammografico in Italia	Trasmissione report a Direzione entro il 31/12/2022	Report redatto e trasmesso alla Direzione in data 22/12/2022	100%	5%
TOTALE	100%						83%

¹ Data modificata a seguito della comunicazione Dott.ssa Mantellini del 31.05.2022

RAGGIUNTI 83%
RAGGIUNGIBILI 85%

BUDGET 2022

S.C. Epidemiologia Clinica e di supporto al Governo Clinico
Direttore: Dott.ssa Masala Giovanna

OBIETTIVI 2022	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31/12/2022	% raggiungimento Obiettivi	Peso % raggiunto
						RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI AL NETTO OBIETTIVI NON VALUTABILI	98%

BUDGET 2022

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Direttore: Dott.ssa Paola Mantellini

OBIETTIVI 2022	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31/12/2022	% raggiungimento Obiettivi	Peso % raggiunto
Prevenzione	3%	SC Screening prevenzione secondaria/SC Epidemiologia clinica	Monitoraggio e coordinamento relativi agli screening oncologici		Invio relazione in Regione Toscana entro il 31/05/2022 15/06/2022 ¹	Relazione inviata in Regione in data 14/06/2022	100%	3%
Percorso Oncologico	5%		Estensione ed Adesione Screening Mammografico (100% , >70%)		% estensione ed adesione	estensione 95,1%; adesione 58,6%	89%	4%
	5%		Estensione ed Adesione Screening Cervicale (100% , >60%)		% estensione ed adesione	estensione 107,7%; adesione 52,6%	94%	5%
	5%		Estensione ed Adesione Screening Colon-retto (100% , >50%)		% estensione ed adesione	estensione 99,6%; adesione 45,3%	95%	5%
Tempi d'attesa e specialistica	3%		Ricetta dematerializzata specialistica > 90%		% Ricette dematerializzate specialistica sul totale ricette	% DEMA su totale erogato = 98%	100%	3%
Efficienza ed economicità	5%		Mantenimento valore consumo dispositivi medici rispetto al 2021		Importo consumi dispositivi medici ≤ importo consumi dispositivi medici anno 2021	Importo consumi dispositivi medici: Anno 2022: euro 285.084 Anno 2021: euro 345.526 Riduzione del 17,23%	100%	5%
Rischio Clinico	3%		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		Applicazione buone pratiche per la sicurezza del paziente "Capacità di controllo delle cadute dei pazienti"	Non si sono verificate cadute	100%	3%
Qualità della documentazione sanitaria	3%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta ≥ 90%	Monitoraggio trimestrale su campione del 5% (ovvero 20 schede mensili) dei volume di attività annuali per ciascun processo oggetto di accreditamento istituzionale	Schede cliniche ambulatoriali/referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale	Effettuati a settembre = 264 Da effettuare = 240 % controlli = 110%	100%	3%
Implementazione nuovo gestionale screening	5%	SC Screening e Prevenzione Secondaria/SS Area Tecnico Sanitaria	Passaggio al nuovo gestionale di screening entro il 30 giugno 2022		Data passaggio risultante da verbale di collaudo	Obiettivo non valutabile. Il Collaudo è stato rimandato a metà gennaio 2023		
Capacità di ricerca: Impact Factor	5%		IF di struttura ≥ all'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni		IF Anno 2022/IF medio Anni 2019-20-21	IF Anno 2022/IF medio Anni 2019-20-21=211,25%	100%	5%

BUDGET 2022

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Direttore: Dott.ssa Paola Mantellini

OBIETTIVI 2022	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31/12/2022	% raggiungimento Obiettivi	Peso % raggiunto
Prevenzione della corruzione	6%	Fixer Aziendale/SC Screen. Prev. Sec., SC CRL, SC LRPO, SC Epid. Fatt. di Rischio e Stili Vita e SC Epid. Clin. e Supp. Gov. Clin.	Redazione del regolamento sulla gestione delle sperimentazioni cliniche entro il 31/12/2022		Redazione e trasmissione del regolamento al Resp. Qualità ed Accreditamento	Il Regolamento è stato redatto ed inviato a mezzo e-mail alla Direzione in data 26.09.2022	100%	6%
	3%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del 100% dei neoassunti / neo-inseriti		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del personale individuato	Invitato n. 1 borsista/partecipato n. 1 borsista	100%	3%
Privacy	7%		Nomina incaricati, responsabili esterni e sub-responsabili entro il 31/05/2022		N. nomine effettuate / n. nomine da effettuare attestata dal DPO	n. 29 nomine effettuate n. 29 nomine da effettuare	100%	7%
Sicurezza ed Antincendio	8%		Partecipazione alla gestione antincendio h12		n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal Responsabile Antincendio	n. turni coperti: 12 n. turni da coprire: 12	100%	8%
Qualità ed Accreditamento	6%		Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure: applicazione del piano qualità approvato		n. procedure revisionate-rivalidate-redatte / n. procedure da revisionare-rivalidare-redigere	6 procedure su 8	75%	5%
	10%		Documento Direzione relativo alla discussione sui dati di monitoraggio degli esiti, sul sistema di reporting and learning, sulla valutazione dell'adesione ai pdta, sulla valutazione degli utenti, contenente anche le ipotesi di miglioramento		Trasmissione documento annuale entro il 30/09/2022	documento trasmesso in data 28/12, in ritardo di 6 mesi	50%	5%
	10%		Adesione PDTA di pertinenza		Definizione e rilevazione indicatore per ciascun PDTA	indicatori dei PDTA di riferimento presenti nel 23° rapporto screening	100%	10%
Transizione digitale	3%		Partecipazione eventi formativi Sillabus		n. partecipanti / n. personale individuato	Obiettivo non valutabile perché l'iniziativa Sillabus non è stata avviata		
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR								
Privacy e screening oncologici	5%		Redazione manuale ONS su GDPR e screening oncologici		Trasmissione documento alla Direzione entro il 31/12/2022	Documento redatto e trasmesso il 28/12/2022	100%	5%
TOTALE	100%							84%

¹ Data modificata a seguito della comunicazione Dott.ssa Mantellini del 31.05.2022

BUDGET 2022

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Direttore: Dott.ssa Paola Mantellini

OBIETTIVI 2022	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31/12/2022	% raggiungimento Obiettivi	Peso % raggiunto
----------------	--------	-----------	---------------------	--------	------------	---	-------------------------------	---------------------

RAGGIUNTI 84%
RAGGIUNGIBILI 92%

RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI AL NETTO
OBIETTIVI NON VALUTABILI

92%

BUDGET 2022

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

Direttore: Dott.ssa Cristina Sani

OBIETTIVI 2022	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31/12/2022	% raggiungimento Obiettivi	Peso % raggiunto
Rischio Clinico	5%		Realizzazione di almeno 3 Audit		N. Audit	n. 3 audit realizzati n. 3 audit da realizzare	100%	5%
Qualità della documentazione sanitaria	5%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta ≥ 90%	Monitoraggio trimestrale su campione del 5% (ovvero 20 schede mensili) del volume di attività annuali per ciascun processo oggetto di accreditamento istituzionale	Schede cliniche ambulatoriali/referti compilati nel rispetto di quanto definito dalla check list aziendale	Effettuati = 253 Da effettuare = 240 % controlli = 105%	100%	5%
Implementazione nuovo gestionale di anatomia patologica	15%	SC Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica/SS Area Tecnico Sanitaria	Passaggio al nuovo gestionale entro il 30 giugno 2022		Data passaggio risultante da verbale di collaudo	Passaggio al nuovo gestionale avvenuto alla fine di aprile	100%	15%
Efficienza ed economicità	5%		Mantenimento valore consumo dispositivi medici rispetto al 2021		Importo consumi dispositivi medici ≤ importo consumi dispositivi medici anno 2021	Importo consumi dispositivi medici: Anno 2022: euro 756.615 Anno 2021: euro 767.813 Riduzione di 1,11%	100%	5%
Prevenzione della corruzione	7%	Fixer Aziendale/SC Screen. Prev. Sec., SC CRL, SC LRPO, SC Epid. Fatt. di Rischio e Stili Vita e SC Epid. Clin. e Supp. Gov. Clin.	Redazione del regolamento sulla gestione delle sperimentazioni cliniche entro il 31/12/2022		Redazione e trasmissione del regolamento al Resp. Qualità ed Accreditamento	Il Regolamento è stato redatto ed inviato a mezzo e-mail alla Direzione in data 26.09.2022	100%	7%
	5%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del 100% dei neoassunti / neo-inseriti		% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del personale individuato	Nessun neoassunto/neo inserito	100%	5%
Privacy	12%		Nomina incaricati, responsabili esterni e sub-responsabili entro il 31/05/2022		N. nomine effettuate / n. nomine da effettuare attestata dal DPO	n. 21 nomine effettuate n. 21 nomine da effettuare	100%	12%
Sicurezza ed Antincendio	12%		Partecipazione alla gestione antincendio h12		n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal Responsabile Antincendio	n. turni coperti: 30 n. turni da coprire: 30	100%	12%
	4%		Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure: applicazione del piano qualità approvato		n. procedure revisionate-rivalidate-redatte / n. procedure da revisionare-rivalidare-redigere	1 procedura su 1	100%	4%

BUDGET 2022

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

Direttore: Dott.ssa Cristina Sani

OBIETTIVI 2022	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31/12/2022	% raggiungimento Obiettivi	Peso % raggiunto
Qualità ed Accredimento	10%		Documento Direzione relativo alla discussione sui dati di monitoraggio degli esiti, sul sistema di reporting and learning, sulla valutazione dell'adesione ai pdta, sulla valutazione degli utenti, contenente anche le ipotesi di miglioramento		Trasmissione documento annuale entro il 30/06/2022	Documento trasmesso in data 21/06/2022	100%	10%
	10%		Adesione PDTA di pertinenza		Definizione e rilevazione indicatore per ciascun PDTA	Obiettivo non valutabile non hanno dei veri e propri pdta, hanno preso gli indicatori di qualità del laboratorio, riportati nel riesame		
Transizione digitale	5%		Partecipazione eventi formativi Sillabus		n. partecipanti / n. personale individuato	Obiettivo non valutabile perché l'iniziativa Sillabus non è stata avviata		
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR								
Accreditamento ISO 15189	5%		Sottoporsi visita pre-certificazione		Trasmissione verbale di audit entro il 31/12/2022	Obiettivo non valutabile in quanto servizio non aggiudicato		
TOTALE	100%							80%

RAGGIUNTI 80%
RAGGIUNGIBILI 80%

RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI AL NETTO OBIETTIVI NON VALUTABILI	100%
--	-------------

BUDGET 2022

S.C. Attività tecnico amministrative

OBIETTIVI 2022	Peso	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31/12/2022	% raggiungimento Obiettivi	Peso % raggiunto
Efficienza ed economicità	10%		Gestione dell'esecuzione dei lavori per trasferimento Senologia in qualità di R.U.P.	Relazione stato avanzamento dei lavori da parte del R.U.P.	relazione effettuata	100%	10%
Prevenzione della corruzione	3%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del 100% dei neoassunti / neo-inseriti	% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del personale individuato	nessun neoassunto/neo inserito	100%	3%
	3%		Attivazione flusso informativo trimestrale sugli Appalti con affidamenti diretti da inviare al RPCT ed al Collegio Sindacale come previsto dal PTPC in relazione agli obiettivi strategici	N. flussi inviati/N. 4 flussi annuali previsti	Inviato 4 flussi su 4 previsti	100%	3%
	5%		Applicazione indicazioni su Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors) come previsto dal PTPC	N. dichiarazioni rilasciate / N. contratti stipulati nell'anno (acquisizione beni e servizi e incarichi LP)	9 dichiarazioni rilasciate su 9 contratti	100%	5%
Progetto PAC regionale	5%		Superamento degli audit di conformità previsti nel piano (n. 3) con assenza di prescrizioni	n. audit superati senza prescrizioni	3 audit su 3	100%	5%
Privacy	10%		Nomina incaricati, responsabili esterni e sub-responsabili entro il 30/06/2022	N. nomine effettuate / n. nomine da effettuare attestate dal DPO	n. 28 nomine effettuate n. 28 nomine da effettuare	100%	10%
Tempestività pagamenti	5%		Rispetto dei tempi di pagamento per fornitori privati	Indicatore tempestività pagamenti ex Dpcm 22/09/2014	Indicatore tempestività pagamenti forn. privati anno 2021: -10,48 gg.	100%	5%
Regolamento di Presidio	3%	SC Attività Tecnico Amministrative/Coord. Area Infermieristica e Coord Area Tecnico Sanitaria	Collaborazione alla revisione del Regolamento di Presidio	Partecipazione a riunioni, sopralluoghi per quanto di competenza, ai fini della revisione del regolamento, come attestato dal Responsabile di Presidio	Bozza regolamento presentata alla Direzione il 21/12/2022	100%	3%
Sicurezza ed Antincendio	10%		Partecipazione alla gestione antincendio h12 e alla vigilanza attiva	n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal Responsabile Antincendio	n. turni coperti: 17 n. turni da coprire: 17	100%	10%

BUDGET 2022

S.C. Attività tecnico amministrative

OBIETTIVI 2022	Peso	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31/12/2022	% raggiungimento Obiettivi	Peso % raggiunto
Qualità ed Accreditamento	3%		Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure: applicazione del piano qualità approvato	n. procedure revisionate-rivalidate-redatte / n. procedure da revisionare-rivalidare-redigere	1 procedura su 1	100%	3%
	3%		Aggiornamento deliberazione 210/2021 in coerenza con quanto richiesto dai requisiti aziendali sul modello organizzativo della rete qualità e sicurezza	Pubblicazione aggiornamento deliberazione entro 30/06/2022	aggiornamento non effettuato	0%	0%
	5%		Stesura job description per le figure della rete qualità e sicurezza con quota oraria dedicata	Invio job description alla Direzione entro il 31/12/2022	stesura non effettuata	0%	0%
	5%		Mappatura sistemi informatici che supportano la produzione sanitaria	Invio Mappatura a Direzione entro 30/06/2022	Mappatura effettuata in data 09/06/2022	100%	5%
	5%		Predisposizione di un piano per il disaster recovery	Predisposizione piano entro il 30/06/2022	Piano predisposto in data 09/06/2022	100%	5%
	5%		Predisposizione tabella con elenco RES e DEC per ogni contratto in corso da pubblicare su intranet	Predisposizione tabella entro il 30/06/2022	Pubblicato	100%	5%
	5%		Raccolta valutazione effettuata dai DEC dei fornitori inseriti nel piano qualità	Raccolta valutazioni entro il 31/12/2022	Raccolta valutazioni effettuata nei tempi richiesti	100%	5%
	5%		Predisposizione indicatori di valutazione sull'applicazione della procedura AP005	Produzione indicatori relativi al 2021 entro il 30/06/2022	indicatori non predisposti	0%	0%
	5%		Predisposizione tabella con elenco apparecchiature elettromedicali ed indicazione dello stato di manutenzione	Predisposizione tabella entro il 31/12/2022	Documentazione trasmessa a Resp. Qualità ed Accreditamento in data 07/12/2022	100%	5%
Transizione digitale	5%		Partecipazione eventi formativi Sillabus	n. partecipanti / n. personale individuato	Obiettivo non valutabile perché l'iniziativa Sillabus non è stata avviata		
TOTALE	100%						82%

RAGGIUNTI 82%
RAGGIUNGIBILI 95%

BUDGET 2022

S.C. Attività tecnico amministrative

OBIETTIVI 2022	Peso	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31/12/2022	% raggiungimento Obiettivi	Peso % raggiunto
----------------	------	-----------	---------------------	------------	---	-------------------------------	---------------------

RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI AL NETTO
OBIETTIVI NON VALUTABILI

86%

BUDGET 2022

S.S. Programmazione e Gestione Risorse Economiche Responsabile: Dott.ssa Cristina Gheri

OBIETTIVI 2022	Peso %	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31/12/2022	% raggiungimento Obiettivi	Peso % raggiunto
Progetto PAC regionale	10%	Superamento degli audit di conformità previsti nel piano (n. 1) con assenza di prescrizioni	n. audit superati senza prescrizioni	Obiettivo non valutabile. L'audit previsto nel piano non era riferibile alla Struttura		
Prevenzione della corruzione	5%	Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del 100% dei neoassunti / neo-inseriti	% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione del personale individuato	100% Invitato n. 1 borsista/partecipato n. 1 borsista	100%	5%
Privacy	10%	Nomina incaricati, responsabili esterni e sub-responsabili entro il 30/06/2022	N. nomine effettuate / n. nomine da effettuare attestate dal DPO	n. 7 nomine effettuate n. 7 nomine da effettuare	100%	10%
Tempestività pagamenti	15%	Rispetto dei tempi di pagamento delle fatture entro 20 gg dal ricevimento PEC	Tempo intercorso tra data mandato e PEC (campione di almeno 10% fatture)	Tempo medio 5,93 (calcolato su campione di fatture del 86,31%)	100%	15%
	10%	Rispetto dei tempi di pagamento per fornitori privati	Indicatore tempestività pagamenti ex Dpcm 22/09/2014	Indicatore tempestività pagamenti forn. privati anno 2021: -1,85 gg.	100%	10%
Sicurezza ed Antincendio	10%	Partecipazione alla gestione antincendio h12	n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal Responsabile Antincendio	n. turni coperti: 12 n. turni da coprire: 12	100%	10%
Qualità ed Accredimento	10%	Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure: applicazione del piano qualità approvato	n. procedure revisionate-rivalidate-redatte / n. procedure da revisionare-rivalidare-redigere	Sul Piano non sono presenti procedure da revisionare in carico alla S.S	100%	10%
	10%	Predisposizione tabella con elenco referenti di Istituto per ogni convenzione in corso da pubblicare su intranet	Predisposizione tabella entro il 30/06/2022	Tabella predisposta e chiesto pubblicazione su intranet in data 29/06/2022	100%	10%
Transizione digitale	5%	Partecipazione eventi formativi Sillabus	n. partecipanti / n. personale individuato	Obiettivo non valutabile perché l'iniziativa Sillabus non è stata avviata		

BUDGET 2022

S.S. Programmazione e Gestione Risorse Economiche
Responsabile: Dott.ssa Cristina Gheri

OBIETTIVI 2022	Peso %	Obiettivo specifico	Indicatore	Scostamento obiettivo/monitoraggio 31/12/2022	% raggiungimento Obiettivi	Peso % raggiunto
Bilancio Sociale	15%	Collaborazione alla predisposizione del Bilancio Sociale degli screening	Predisposizione report costi screening mammografico anni 2019 e 2020	Report costi per Bilancio sociale prodotto ed inviato in data 25/03/2022	100%	15%
TOTALE	100%					85%

RAGGIUNTI 85%
RAGGIUNGIBILI 85%

RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI AL NETTO OBIETTIVI NON VALUTABILI	100%
---	-------------