

PLANO DELLA PERFORMANCE

Contratti di budget per CDR
Anno 2020

BUDGET 2020

Posizione organizzativa: Coordinamento di Area Infermieristica

Dott.ssa Antonella Cipriani

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Qualità della documentazione sanitaria	7%		Partecipazione alla corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta $\geq 90\%$ (a partire dall'1/6)	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
Accreditamento Istituzionale	5%		Raggiungimento e mantenimento standard di accreditamento per il processo di interesse	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	Superamento audit interno
Miglioramento sistema Qualità	5%		Realizzazioni progetti/azioni di miglioramento per adeguamento a requisiti di accreditamento non soddisfatti $> 70\%$	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	Numero azioni miglioramento implementate / N. totale di requisiti pertinenti e non soddisfatti
Aggiornamento e/o rivalidazione documentazione di struttura	15%		Aggiornamento/rivalidazione della documentazione organizzativa e tecnico-operativa (procedure, istruzioni, protocolli, modulistica) di pertinenza, approvata da oltre tre anni $> 80\%$	Monitoraggio quadrimestrale	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 3 anni

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Soddisfazione dell'utente	6%		Azioni di miglioramento poste in essere a fronte dei reclami ricevuti dall'URP 100%		N.azioni di miglioramento/N. Di fattispecie di reclami ricevuti
	6%		Raccolta azioni di miglioramento messe in atto dai vari CDR		Report con l'indicatore suddiviso per CDR
Prevenzione della corruzione	3%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio afferenti al Coordinamento entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi del Coordinamento a RPCT
	2%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio afferenti alla Direzione Sanitaria entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi afferenti la Direzione Sanitaria a RPCT
	1%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione di almeno il 90% dei soggetti individuati per la partecipazione		% adesione corsi FAD sulla prevenzione della corruzione
Privacy	10%		Partecipazione ai corsi privacy del 100% del personale		% partecipazione corsi privacy
Regolamento di Presidio	10%		Collaborazione alla stesura del Regolamento di Presidio		Partecipazione a riunioni , sopralluoghi e alla stesura di parti del regolamento per quanto di competenza

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Emergenza COVID 19	30%		Supporto attività pulizie sanificazione smaltimento rifiuti e accettazione		Rendicontazione attività di supporto svolta per emergenza COVID
TOTALE	100%				

BUDGET 2020

Posizione Organizzativa: Coordinamento di Area Tecnico Sanitario

Dott.ssa Eva Carnesciali

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Efficienza ed economicità	5%		Contenimento giacenze per dispositivi per approfondimenti (giacenze al 31.12.2020 <= giacenze al 31.12.2019)		Valore giacenze finali
Qualità della documentazione sanitaria	10%		Partecipazione alla corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta >= 90% (a partire dall'1/6)	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
Accreditamento Istituzionale	5%		Raggiungimento e mantenimento standard di accreditamento per il processo di interesse	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	Superamento audit interno
Accreditamento ISO 15189 per il Laboratorio	5%		Presentazione domande per il sistema di gestione secondo norma di accreditamento: obiettivi raggiunti > 80%	Monitoraggio quadrimestrale obiettivi piano di attività	N. obiettivi raggiunti / N. totale obiettivi previsti nel piano di attività

BUDGET 2020

Posiziona Organizzativa: Coordinamento di Area Tecnico Sanitario

Dott.ssa Eva Carnesciali

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Miglioramento sistema Qualità	2%		Realizzazioni progetti/azioni di miglioramento per adeguamento a requisiti di accreditamento non soddisfatti > 70%	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	Numero azioni miglioramento implementate / N. totale di requisiti pertinenti e non soddisfatti
Aggiornamento e/o rivalidazione documentazione di struttura	15%		Aggiornamento/rivalidazione della documentazione organizzativa e tecnico-operativa (procedure, istruzioni, protocolli, modulistica) di pertinenza, approvata da oltre tre anni. > 80%	Monitoraggio quadrimestrale	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 3 anni
Capacità produttiva: attività laboratorio	3%		Collaborazione ad incremento dei volumi di attività laboratorio erogata Anno 2020 > Anno 2019		Volumi di attività erogata
Prevenzione della corruzione	5%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio afferenti al Coordinamento entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi del Coordinamento a RPCT
	4%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio afferenti alla Direzione Sanitaria entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi afferenti la Direzione Sanitaria a RPCT

BUDGET 2020

Posiziona Organizzativa: Coordinamento di Area Tecnico Sanitario

Dott.ssa Eva Carnesciali

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
	1%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione di almeno il 90% dei soggetti individuati per la partecipazione		% adesione corsi FAD sulla prevenzione della corruzione
Privacy	10%		Partecipazione ai corsi privacy del 100% del personale		% partecipazione corsi privacy
Regolamento di Presidio	5%		Collaborazione alla stesura del Regolamento di Presidio		Partecipazione a riunioni , sopralluoghi e alla stesura di parti del regolamento per quanto di competenza
Emergenza COVID 19	30%		Realizzazione e organizzazione area test COVID		Validazione tecnica e validazione clinica 100% campioni pervenuti da AOUC
TOTALE	100%				

BUDGET 2020

Posizione organizzativa: Coordinamento di Area Statistico-Epidemiologica

Dott.ssa Patrizia Falini

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Capacità di ricerca: Monitoraggio e valutazione attività scientifica e di ricerca	15%		Partecipazione alla valutazione dell'attività scientifica e di ricerca effettuata dall'Istituto: calcolo dell'IF secondo gli indicatori aziendali (a livello complessivo aziendale e di singolo CdR) nei tempi necessari per la chiusura del budget		Predisposizione del calcolo indicatore Impact Factor (vedi deliberazione DG) per CdR
Prevenzione	10%	Screening prevenzione sec.,Coordinamento area statistico epidemiologica,Epidemiologia clinica	Monitoraggio e coordinamento relativi agli screening oncologici		Invio relazione
Registro Tumori della Regione Toscana	15%		Controlli dati tumori	Effettuazione attività statistica	Certificazione attività statistica da parte del Direttore SS Registri tumori
Registro Mortalità della Regione Toscana	15%		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

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Nuovi gestionali registri	25%	Epid. Clinica/Coord. Statistico	Collaudo programma gestionale Registro Tumori Università degli Studi di Firenze per la parte di competenza		Collaudo programma gestionale Registro Tumori
Prevenzione della corruzione	4%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio afferenti al Coordinamento entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi del Coordinamento a RPCT
	4%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio afferenti alla Direzione Sanitaria entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi afferenti la Direzione Sanitaria a RPCT
	1%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione di almeno il 90% dei soggetti individuati per la partecipazione		% adesione corsi FAD sulla prevenzione della corruzione
Privacy	11%		Partecipazione ai corsi privacy del 100% del personale		% partecipazione corsi privacy
TOTALE	100%				

BUDGET 2020

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Ottimizzazione utilizzo spazi	15%		Collaborazione al trasferimento ambulatori Senologia Clinica presso Villa Delle Rose entro 31.12.2020		Completamento del trasferimento ambulatori senologia a VDR
Tempi d'attesa e specialistica	5%		Adozione del catalogo regionale della specialistica ambulatoriale		Supporto all'allineamento prestazioni ISPRO a nuovo catalogo regionale
	10%		Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica >90%		% Ricette dematerializzata farmaceutica e specialistica sul totale ricette
Rischio Clinico	10%		Realizzazione di almeno 1 Audit		N. Audit
	5%		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		Applicazione buone pratiche per la sicurezza del paziente "Capacità di controllo delle cadute dei pazienti"
Farmaceutica e dispositivi	5%		Mantenimento valore consumo dispositivi medici rispetto all'anno precedente		Importo consumi dispositivi medici
Qualità della documentazione sanitaria	5%		Partecipazione alla corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta >= 90% (a partire dall'1/6)	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
Accreditamento Istituzionale	5%		Raggiungimento e mantenimento standard di accreditamento per il processo di interesse	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	Superamento audit interno

BUDGET 2020

S.C. Senologia clinica

Responsabile: Dr. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Miglioramento sistema Qualità	5%		Realizzazioni progetti/azioni di miglioramento per adeguamento a requisiti di accreditamento non soddisfatti > 70%	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	Numero azioni miglioramento implementate / N. totale di requisiti pertinenti e non soddisfatti
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. > 80%	Monitoraggio quadrimestrale	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 3 anni
Prevenzione della corruzione	10%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi a RPCT
	1%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione di almeno il 90% dei soggetti individuati per la partecipazione		% adesione corsi FAD sulla prevenzione della corruzione
Privacy	10%		Partecipazione ai corsi privacy del 100% del personale		% partecipazione corsi privacy
Regolamento di Presidio	9%		Collaborazione alla stesura del Regolamento di Presidio		Partecipazione a riunioni , sopralluoghi e alla stesura di parti del regolamento per quanto di competenza
TOTALE	100%				

BUDGET 2020

S.S. Centro di Riabilitazione Oncologica

Responsabile: Dr.ssa Maria Grazia Muraca

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Rischio Clinico	5%		Realizzazione di almeno 1 Audit		N. Audit
	5%		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		Applicazione buone pratiche per la sicurezza del paziente "Capacità di controllo delle cadute dei pazienti"
Tempi d'attesa e specialistica	9%		Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica >90% (con esclusione ricette per Riabilitazione individuale e di gruppo)		% Ricette dematerializzata farmaceutica e specialistica sul totale ricette
	5%		Adozione del catalogo regionale della specialistica ambulatoriale		Supporto all'allineamento prestazioni Ispro a nuovo catalogo regionale
Qualità della documentazione sanitaria	5%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta >= 90% (a partire dall'1/6)	Monitoraggio quadrimestrale su campione del 5% delle schede sanitarie (ovvero 20 schede mensili)	Schede cliniche ambulatoriali/referti compilati nel rispetto di quanto definito
Accreditamento Istituzionale	10%		Raggiungimento e mantenimento standard di accreditamento per il processo di interesse	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	Superamento audit interno
Miglioramento sistema Qualità	10%		Realizzazioni progetti/azioni di miglioramento per adeguamento a requisiti di accreditamento non soddisfatti > 70%	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	Numero azioni miglioramento implementate / N. totale di requisiti pertinenti e non soddisfatti

BUDGET 2020

S.S. Centro di Riabilitazione Oncologica

Responsabile: Dr.ssa Maria Grazia Muraca

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
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 > 80%	Monitoraggio quadrimestrale	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 3 anni
Prevenzione della corruzione	5%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi a RPCT
	1%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione di almeno il 90% dei soggetti individuati per la partecipazione		% adesione corsi FAD sulla prevenzione della corruzione
Privacy	10%		Partecipazione ai corsi privacy del 100% del personale		% partecipazione corsi privacy
Corretta rilevazione prestazioni riabilitazione	5%		Corretta compilazione campi Flussi SPR in base alle indicazioni della RT (>90%)		% compilazione campi flussi
Regolarità amministrativa	5%		Verifica autorizzazione preventiva prestazioni pazienti residenti extra regione (100%)		% autorizzazione preventive/ tot prestazioni pazienti extraregione

BUDGET 2020

S.S. Centro di Riabilitazione Oncologica

Responsabile: Dr.ssa Maria Grazia Muraca

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Progetto riabilitazione oncologica Regione Toscana	5%		Predisposizione del progetto di riabilitazione oncologica al fine dell'approvazione Delibera R.T.		Stesura e invio progetto alla Regione Toscana al fine dell'approvazione con delibera regionale
Regolamento di Presidio	5%		Collaborazione alla stesura del Regolamento di Presidio		Partecipazione a riunioni , sopralluoghi e alla stesura di parti del regolamento per quanto di competenza
Emergenza COVID 19	10%		Riorganizzazione attività Struttura nell'ambito dell'emergenza COVID		Relazione azioni intraprese
TOTALE	100%				

BUDGET 2020

S.C. Core Research Laboratory (CRL)					
OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
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
Prevenzione della corruzione	8%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi a RPCT
	1%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione di almeno il 90% dei soggetti individuati per la partecipazione		% adesione corsi FAD sulla prevenzione della corruzione
Comunicazione	5%		Comunicazione attività Core Research Laboratory		Aggiornamento/inserimento nei canali di comunicazione istituzionali (sito web, partecipazione a eventi esterni con invito)
Privacy	10%		Partecipazione ai corsi privacy del 100% del personale		% partecipazione corsi privacy
Capacità di ricerca: Impact Factor	15%		IF di struttura $\geq 90\%$ all'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni		IF Anno 2020/IF medio Anni 2017-18-19
Capacità di ricerca	5%		Relazioni con Centri di Ricerca Regionali e Nazionali (almeno 5)		N. rapporti certificati dal centro esterno

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Collaborazioni con strutture ISPRO	5%		Collaborazioni con strutture ISPRO (>=90%)		N. iniziative integrate programmate /N. iniziative integrate realizzate
Aggiornamento e/o rivalidazione documentazione di struttura	9%		Aggiornamento/rivalidazione della documentazione organizzativa e tecnico-operativa (procedure, istruzioni, protocolli, modulistica) di pertinenza, approvata da oltre tre anni (> 80%)	Monitoraggio quadrimestrale	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 3 anni
Dispositivi e prodotti chimici	12%		Mantenimento valore consumo dispositivi medici e prodotti chimici rispetto all'anno precedente		Importo consumi dispositivi medici e prodotti chimici
Risorse umane	10%		Monitoraggio frequenze volontari		Invio Report trimestrale alla Direzione Sanitaria
Regolamento di Presidio	10%		Collaborazione alla stesura del Regolamento di Presidio		Partecipazione a riunioni , sopralluoghi e alla stesura di parti del regolamento per quanto di competenza
TOTALE	100%				

BUDGET 2020

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Responsabile: Dott.ssa Paola Mantellini

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Prevenzione	10%	Screening prevenzione sec., Coordinamento area statistico epidemiologica, Epidemiologia clinica	Monitoraggio e coordinamento relativi agli screening oncologici		Invio relazione
Tempi d'attesa e specialistica	5%		Adozione del catalogo regionale della specialistica ambulatoriale		Abbinamento prestazioni Ispro a nuovo catalogo regionale
	5%		Ricetta dematerializzata farmaceutica e specialistica >90%		% Ricette dematerializzata farmaceutica e specialistica sul totale ricette
Farmaceutica e dispositivi	5%		Mantenimento valore consumo dispositivi medici rispetto all'anno precedente		Importo consumi dispositivi medici
Rischio Clinico	5%		Realizzazione di almeno 3 Audit		N. Audit
	4%		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti		Applicazione buone pratiche per la sicurezza del paziente "Capacità di controllo delle cadute dei pazienti"

BUDGET 2020

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Responsabile: Dott.ssa Paola Mantellini

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
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

BUDGET 2020

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Responsabile: Dott.ssa Paola Mantellini

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Miglioramento sistema Qualità	5%		Realizzazioni progetti/azioni di miglioramento per adeguamento a requisiti di accreditamento non soddisfatti > 70%	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	Numero azioni miglioramento implementate / N. totale di requisiti pertinenti e non soddisfatti
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. > 80%	Monitoraggio quadrimestrale	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 3 anni
Qualità della documentazione sanitaria	5%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta >= 90% dal 1/6	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
Capacità di ricerca: Impact Factor	5%		IF di struttura maggiore/uguale all'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni		IF Anno 2020/IF medio Anni 2017-18-19
	5%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi a RPCT

BUDGET 2020

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Responsabile: Dott.ssa Paola Mantellini

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Prevenzione della corruzione	1%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione di almeno il 90% dei soggetti individuati per la partecipazione		% adesione corsi FAD sulla prevenzione della corruzione
	5%	Epid. Clinica/Epid. Fattori rischio, Laboratorio, Prev Screen	Realizzazione Procedura sulla modalità di richiesta dei pareri al Comitato Etico come previsto dal PTPC in relazione agli obiettivi strategici (ex paragr. 5.3.1 PTPC 2020-2022)		Predisposizione del documento
Privacy	10%		Partecipazione ai corsi privacy del 100% del personale		% partecipazione corsi privacy
Regolamento di Presidio	10%		Collaborazione alla stesura del Regolamento di Presidio		Partecipazione a riunioni , sopralluoghi e alla stesura di parti del regolamento per quanto di competenza
Emergenza COVID 19	10%		Riorganizzazione attività Struttura nell'ambito dell'emergenza COVID		Relazione azioni intraprese
TOTALE	100%				

BUDGET 2020

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

Responsabile: Dr. Domenico Palli

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Capacità di ricerca: Impact Factor	15%		IF di struttura maggiore all'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni		IF Anno 2020/IF medio Anni 2017-18-19
Implementazione di un modello regionale integrato per i soggetti con storia familiare di tumore della mammella (percorsi clinico diagnostici e di riduzione del rischio)	15%		Progetto esecutivo a livello di Istituto		Avvio progetto esecutivo
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 progetti		N° di progetti presentati come PI o come subcontrattor con il coinvolgimento dell'ufficio Attività amm.ve supporto area ricerca
Prevenzione della corruzione	14%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi a RPCT
	1%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione di almeno il 90% dei soggetti individuati per la partecipazione		% adesione corsi FAD sulla prevenzione della corruzione
	5%	Epid. Clinica/Epid. Fattori rischio, Laboratorio, Prev Screen	Realizzazione Procedura sulla modalità di richiesta dei pareri al Comitato Etico come previsto dal PTPC in relazione agli obiettivi strategici (ex paragr. 5.3.1 PTPC 2020-2022)		Predisposizione del documento

BUDGET 2020

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

Responsabile: Dr. Domenico Palli

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Coinvolgimento e partecipazione degli operatori agli obiettivi di budget	15%		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
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 tre anni > 80%	Monitoraggio quadrimestrale	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 3 anni
Privacy	10%		Partecipazione corsi privacy di tutto il personale 100%		% partecipazione corsi privacy
TOTALE	100%				

BUDGET 2020

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

Responsabile: Dott. Marco Zappa f.f.

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Registro Tumori della Regione Toscana	27%	Epid. Clinica/Coord. Statistico	Collaudo programma gestionale Università degli Studi di Firenze per il Registro Tumori		Collaudo nuovo programma gestionale
	10%		Completamento inserimento Anno 2016 (100%)		N° inserimenti effettuati/N° casi da inserire dell'anno 2016
Prevenzione	8%	Screening prevenzione sec., Coordinamento area statistico epidemiologica, Epidemiologia clinica	Monitoraggio e coordinamento relativi agli screening oncologici		Invio relazione
Capacità di ricerca: Impact Factor	10%		IF di struttura maggiore all'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni		IF Anno 2020/IF medio Anni 2017-18-19
Capacità di ricerca e Fund Raising	8%		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
Prevenzione della corruzione	5%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi a RPCT
	1%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione di almeno il 90% dei soggetti individuati per la partecipazione		% adesione corsi FAD sulla prevenzione della corruzione

BUDGET 2020

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

Responsabile: Dott. Marco Zappa f.f.

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
	10%	Epid. Clinica/Epid. Fattori rischio, Laboratorio, Prev Screen	Realizzazione Procedura sulla modalità di richiesta dei pareri al Comitato Etico come previsto dal PTPC in relazione agli obiettivi strategici (ex paragr. 5.3.1 PTPC 2020-2022)		Predisposizione del documento
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. > 80%	Monitoraggio quadrimestrale	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 3 anni
	10%		Stesura nuova procedura Registro Tumori		Stesura procedura
Privacy	8%		Partecipazione ai corsi privacy del 100% del personale		% partecipazione corsi privacy
TOTALE	100%				

BUDGET 2020

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

Responsabile: Dott. ssa Francesca Carozzi

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Tempi d'attesa e specialistica	4%		Adozione del catalogo regionale della specialistica ambulatoriale		Supporto all'allineamento prestazioni Ispro a nuovo catalogo regionale
Rischio Clinico	5%		Realizzazione di almeno 3 Audit		N. Audit
Qualità della documentazione sanitaria	5%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta $\geq 90\%$ (a partire dall'1/6)	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
Accreditamento ISO 15189	10%		Implementazione del sistema di gestione secondo norma di accreditamento: obiettivi raggiunti $> 80\%$	Monitoraggio quadrimestrale obiettivi piano di attività	N. obiettivi raggiunti / N. totale obiettivi previsti nel piano di attività
Miglioramento sistema Qualità	5%		Realizzazioni progetti/azioni di miglioramento per adeguamento a requisiti di accreditamento non soddisfatti $> 70\%$	Monitoraggio semestrale dati di processo da autovalutazione	Numero azioni miglioramento implementate / N. totale di requisiti pertinenti e non soddisfatti
	5%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre		Predisposizione ed invio della mappatura dei processi a RPCT

BUDGET 2020

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

Responsabile: Dott. ssa Francesca Carozzi

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Azioni	Indicatore
Prevenzione della corruzione	5%	Epid. Clinica/Epid. Fattori rischio, Laboratorio, Prev Screen	Realizzazione Procedura sulla modalità di richiesta dei pareri al Comitato Etico come previsto dal PTPC in relazione agli obiettivi strategici (ex paragr. 5.3.1 PTPC 2020-2022)		Predisposizione del documento
	1%		Partecipazione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione di almeno il 90% dei soggetti individuati per la partecipazione		% adesione corsi FAD sulla prevenzione della corruzione
Privacy	10%		Partecipazione ai corsi privacy del 100% del personale		% partecipazione corsi privacy
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 con partecipazione delle PO dei coordinamenti		N° di riunioni di struttura con elenco sottoscritto dei partecipanti
Regolamento di Presidio	5%		Collaborazione alla stesura del Regolamento di Presidio		Partecipazione a riunioni , sopralluoghi e alla stesura di parti del regolamento per quanto di competenza
Emergenza COVID 19	40%		Realizzazione e organizzazione area test COVID		Validazione tecnica e validazione clinica 100% campioni pervenuti da AOUC
TOTALE	100%				

BUDGET 2020

S.C. Attività tecnico amministrative

Responsabile: Dott. Mario Piccoli Mazzini

OBIETTIVI 2020	Peso	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
Efficienza ed economicità	15%		Adempimenti amministrativi per il trasferimento ambulatori Senologia Clinica presso Villa Delle Rose	Conclusione procedure amministrative di gara
Efficienza ed economicità	15%		Gestione dei budget di spesa trasversali	Rispetto importi previsti (come da BP 2020) nelle singole autorizzazioni di spesa gestite come budget trasversale
Progetto PAC regionale	15%		Completamento PAC d'Istituto	Redazione/aggiornamento/ applicazione procedure di competenza
Prevenzione della corruzione	5%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre	Predisposizione ed invio della mappatura dei processi
	5%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione
	5%		Realizzazione Regolamento incarichi come previsto dal PTPC in relazione agli obiettivi strategici (ex paragr. 5.3.1 PTPC 2020-2022)	Predisposizione del documento
	5%		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 (ex paragr. 5.3.1 PTPC 2020-2022)	N. flussi inviati/N. 4 flussi annuali previsti
	5%		Applicazione indicazioni su Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors) come previsto ex paragr. 6,5 PTPC 2020-2022	N. dichiarazioni rilasciate / N. contratti stipulati nell'anno (acquisizione beni e servizi e incarichi LP)

BUDGET 2020

S.C. Attività tecnico amministrative

Responsabile: Dott. Mario Piccoli Mazzini

OBIETTIVI 2020	Peso	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
	5%		Realizzazione Procedura sulla modalità di richiesta dei pareri al Comitato Etico come previsto dal PTPC in relazione agli obiettivi strategici (ex paragr. 5.3.1 PTPC 2020-2022)	Predisposizione del documento
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
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 cinque anni	N. documenti aggiornati / N. totale documenti approvati da oltre 5 anni > 80%
Monitoraggio Requisiti autorizzativi	4%		Monitoraggio documentazione necessaria per la verifica dei requisiti autorizzativi Villa delle Rose	Monitoraggio documentazione

BUDGET 2020

S.C. Attività tecnico amministrative

Responsabile: Dott. Mario Piccoli Mazzini

OBIETTIVI 2020	Peso	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
Privacy	4%		Partecipazione corsi privacy di tutto il personale 100%	% adesione corsi privacy
Tempestività pagamenti	3%		Rispetto dei tempi di pagamento fornitori	Report Tempestività pagamento Regione Toscana
Flussi informativi	5%		Analisi problematiche criticità flussi informativi	N. verbali riunioni con indicazione di proposta di soluzione delle criticità flussi
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR				
TOTALE	100%			

BUDGET 2020

S.S. Programmazione e Gestione Risorse Economiche

Responsabile: Dott.ssa Cristina Gheri

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
Progetto PAC regionale	15%		Completamento PAC d'Istituto	Redazione/aggiornamento/applicazione procedure di competenza
Prevenzione della corruzione	10%		Aggiornamento mappatura dei processi per l'individuazione delle aree di rischio entro Ottobre	Predisposizione ed invio della mappatura dei processi
	10%		Partecipazione al 90% agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione	% adesione agli eventi formativi sulla prevenzione della corruzione
	10%		Realizzazione Procedura sulla modalità di richiesta dei pareri al Comitato Etico come previsto dal PTPC in relazione agli obiettivi strategici (ex paragr. 5.3.1 PTPC 2020-2022)	Predisposizione del documento
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%
Privacy	15%		Partecipazione corsi privacy di tutto il personale 100%	% adesione corsi privacy

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

OBIETTIVI 2020	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore
Flussi informativi	15%		Analisi problematiche criticità flussi informativi	N. verbali riunioni con indicazione di proposta di soluzione delle criticità flussi
Tempestività pagamenti	15%		Rispetto dei tempi di pagamento delle fatture entro 20 gg dal ricevimento PEC	Tempo intercorso tra data mandato e PEC (campione 10% fatture)
OBIETTIVI PROPOSTI DAL CDR				
TOTALE	100%			