

# VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

*Contratti di Budget per CDR  
Anno 2023*

*01/07/2024*

## BUDGET 2023

### S.S. Area Infermieristica Direzione Sanitaria

OBIETTIVI 2023	Peso %	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Verifica al 31/12/2023	% raggiungimento	Peso raggiunto
<b>Integrazione dei servizi</b>	15%	15%	SC Screening e Prevenzione Secondaria- SC Senologia/SS Area Tecnico Sanitaria/SS Area Inf	Piena operatività per l'attivazione della CESM entro Ottobre 2023	Avvio della metodica	Avvio ad ottobre 2023	100	15%
<b>Screening</b>	5%	0%	SC Screening e prev sec/SS Area Inf	Adesione colonscopia dei positivi al primo livello (> 70%)	% adesione al secondo livello dello screening dei positivi al primo livello	Dati del 2023 disponibili a settembre 2024	NON VALUTABILE	0%
	5%	0%	SC Screening e prev sec/SS Area Inf/SS Area Tec San	Adesione approfondimenti dei positivi al primo livello (> 70%)	% adesione al secondo livello dello screening dei positivi al primo livello	Dati del 2023 disponibili a settembre 2024	NON VALUTABILE	0%
	5%	5%	SC Screening e prev sec/SS Area Inf/SS Area Tec San/SC LRPO	Estensione ed Adesione Screening Cervicale (100% , >50% NSG)	% estensione ed adesione (Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato)	Estensione 102,10% Adesione NSG 50,19%	100	5%
	5%	5%	SC Screening e prev sec/SS Area Inf/SS Area Tec San	Rispetto degli standard raccomandati per i richiami degli screening	% richiami in cui la differenza fra le 2 date è entro gli standard definiti per ciascun screening	Mammo=93,33% Cervice (80%+86,25%/2)=83,12% Colon =32,22%	70	3%
<b>Prevenzione</b>	5%	5%		Attivazione del nuovo percorso vaccinale per l'HPV	Attivazione entro l'anno	Inviata relazione con studio di fattibilità	100	5%
<b>Qualità ed Accreditamento</b>	10%	10%		Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure (almeno n. 4 procedure da aggiornare/rivalidare)	n. procedure revisionate-rivalidate / n. procedure da revisionare-rivalidare	6 procedura revisionate- rivalidate-redatte	100	10%
	10%	10%		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	SC CLINICA 225/240=93,7 screening 238/240 =99,17 media=96,46 > 90	100	10%
<b>Soddisfazione dell'utente</b>	20%	20%		Aumento dell'empowerment e dell'umanizzazione nei confronti dell'utenza	Assenza di rilievi giustificati specifici all'URP nel II semestre	Nessun rilievo	100	20%
<b>Sicurezza ed Antincendio</b>	10%	10%		Partecipazione alla gestione antincendio h12 ed alla vigilanza attiva (n. 1 unità addetta al SEPP)	n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal SEPP	256 su 256	100	10%

## BUDGET 2023

S.S. Area Infermieristica  
Direzione Sanitaria

OBIETTIVI 2023	Peso %	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Verifica al 31/12/2023	% raggiungimento	Peso raggiunto
Formazione del personale	10%	10%		Partecipazione agli eventi previsti nel PAF di almeno il 85% dei dipendenti	N° di dipendenti che hanno partecipato agli eventi/N° di dipendenti assegnati alla struttura	Indicatore a livello di Istituto 140/152=92,11%	100	10%
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>	<b>90%</b>						<b>88%</b>

CODICE COLORE:	% RAGG
CELLA VERDE	90-100
CELLA GIALLA	50-89
CELLA ARANCIONE	30-49
CELLA ROSSA	0-29
CELLA AZZURRA	ND
CELLA GRIGIA	NV

% RAGGIUNTO

88%

% RAGGIUNGIBILE (ESCLUSI NV)

90%

% RAGGIUNTA SUL RAGGIUNGIBILE

98%

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

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

Il Titolare dell'Incarico di  
Organizzazione \_\_\_\_\_

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

## BUDGET 2023

S.S. Area Tecnico Sanitario

Direzione Sanitaria

OBIETTIVI 2023	Peso %	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Verifica al 31/12/2023	% raggiungimento	Peso raggiunto
Integrazione dei servizi	10%	10%	SC Screening e Prevenzione Secondaria-SC.Senologia/SS Area Tecnico Sanitaria/SS Area Inf	Piena operatività per l'attivazione della CESM entro Ottobre 2023	Avvio della metodica	Avvio ad ottobre 2023	100	10%
Screening	3%	3%	SC Screening e prev sec/SS Area Inf/SS Area Tec San/SC LRPO	Estensione ed Adesione Screening Colon-retto (100%, >50% NSG)	% estensione ed adesione (Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato)	Estensione 101,1% Adesione NSG 52,52%	100	3%
	10%	10%	SC Screening e prev sec/SS Area Inf/SS Area Tec San	Estensione ed Adesione Screening Mammografico (100%, >60% NSG)	% estensione ed adesione (Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato)	Estensione 107,6% Adesione NSG 66,37%	100	10%
	5%	5%	SC Screening e prev sec/SS Area Inf/SS Area Tec San/SC LRPO	Estensione ed Adesione Screening Cervicale (100%, >50% NSG)	% estensione ed adesione (Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato)	Estensione 102,10% Adesione NSG 50,19%	100	5%
	5%	5%	SC Screening e prev sec/SS Area Inf/SS Area Tec San	Rispetto degli standard raccomandati per i richiami degli screening	% richiami in cui la differenza fra le 2 date è entro gli standard definiti per ciascun screening	Mammo=93,33% Cervice (80%+86,25%/2)=83,12% Colon =32,22%	70	3%
	10%	10%	SC Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica/SS Area Tecnico Sanitaria	Piena operatività per l'effettuazione dei volumi di attività laboratorio extra screening (Incremento di almeno il 9% rispetto al 2022)	Volumi di attività Anno 2023/Volumi di attività Anno 2022	Volumi Anno 2023=124.230 Volumi Anno 2022=109.054 Rapporto=1,139	100	10%
Ottimizzazione ed efficientamento dei servizi	7%	7%	SC Senologia/SS Area Tecnico Sanitaria	Piena operatività per l'effettuazione dei volumi di attività radiologica di senologia clinica (> = all'anno 2022)	Volumi di attività Anno 2023/Volumi di attività Anno 2022	Volumi Anno 2023=1.747 Volumi Anno 2022=1.349 Rapporto=1,295	100	7%
	10%	10%		Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure (almeno n. 5 procedure da aggiornare/rivalidare)	n. procedure revisionate-rivalidate / n. procedure da revisionare-rivalidare	4 procedure revisionate-rivalidate-redatte	80	8%

## BUDGET 2023

S.S. Area Tecnico Sanitario

Direzione Sanitaria

OBIETTIVI 2023	Peso %	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Verifica al 31/12/2023	% raggiungimento	Peso raggiunto
Qualità ed Accreditamento	10%	10%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta $\geq 90\%$ 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	SC Senologia 225/240=93,7 SC Screening 238/240 =99,17 media=96,46	100	10%
Soddisfazione dell'utente	10%	10%		Aumento dell'empowerment e dell'umanizzazione nei confronti dell'utenza	Assenza di rilievi giustificati specifici all'URP nel II semestre	1 Rilievo	0	0%
Sicurezza ed Antincendio	10%	10%		Partecipazione alla gestione antincendio h12	n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal SEPP	207 su 207	100	10%
Formazione del personale	10%	10%		Partecipazione agli eventi previsti nel PAF di almeno il 90% dei dipendenti	N° di dipendenti che hanno partecipato agli eventi/N° di dipendenti assegnati alla struttura	Indicatore a livello di Istituto 140/152=92,11%	100	10%
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>						<b>86%</b>

CODICE COLORE:	% RAGG
CELLA VERDE	90-100
CELLA GIALLA	50-89
CELLA ARANCIONE	30-49
CELLA ROSSA	0-29
CELLA AZZURRA	ND
CELLA GRIGIA	NV

% RAGGIUNTO

**86%**

% RAGGIUNGIBILE (ESCLUSI NV)

**100%**

% RAGGIUNTA SUL RAGGIUNGIBILE

**86%**

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

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

Il Titolare dell'Incarico di  
Organizzazione \_\_\_\_\_

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

## BUDGET 2023

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Direttore: Dott.ssa Paola Mantellini

OBIETTIVI 2023	Peso %	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Verifica al 31/12/2023	% raggiungimento	Peso raggiunto
Integrazione dei servizi	5%	5%	SC Screening e Prevenzione Secondaria-SC Senologia/SS Area Tecnico Sanitaria/SS Area Inf	Piena operatività per l'attivazione della CESM entro ottobre 2023	Avvio della metodica	Avvio ad ottobre 2023	100	5%
Screening	15%	15%	SC Screening e prev sec/SS Area Inf/SS Area Tec San/SC LRPO	Estensione ed Adesione Screening Colon-retto (100% , >50% NSG)	% estensione ed adesione (Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato)	Estensione 101,1% Adesione NSG 52,52%	100	15%
	15%	15%	SC Screening e prev sec/SS Area Inf/SS Area Tec San	Estensione ed Adesione Screening Mammografico (100% , >60% NSG)	% estensione ed adesione (Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato)	Estensione 107,6% Adesione NSG 66,37%	100	15%
	15%	15%	SC Screening e prev sec/SS Area Inf/SS Area Tec San/SC LRPO	Estensione ed Adesione Screening Cervicale (100% , >50% NSG)	% estensione ed adesione (Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato)	Estensione 102,10% Adesione NSG 50,19%	100	15%
	8%	8%	SC Screening e Prevenzione Secondaria/SS Area Tecnico Sanitaria/SS Area Infermieristica	Passaggio al nuovo gestionale di screening per la cervice entro il 30/11/2023	Data passaggio risultante da verbale di collaudo	Passaggio iniziato il 16/01/2023 (ultimo verbale collaudo 13/06/2022)	100	8%
	8%	8%	SC Screening e prev sec/SS Area Inf/SS Area Tec San	Rispetto degli standard raccomandati per i richiami degli screening	% richiami in cui la differenza fra le 2 date è entro gli standard definiti per ciascun screening	Mammo=93,33% Cervice (80%+86,25%/2)=83,12% Colon =32,22%	70	6%
	5%	5%	SC Senologia Clinica/SC Screening e Prevenzione Secondaria	Partecipazione alla definizione di I.O./P.O. su richiamo mammografico	Produzione I.O./P.O.	Partecipazione PP003	100	5%
Tempi d'attesa e specialistica	5%	5%		Prestazioni, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B, garantite entro i tempi >=90% Prestazioni, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D, garantite entro i tempi >=90%	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D	Classe B 99,1% Classe D 90,1%	100	5%
Rischio Clinico	3%	3%	SC Screening e Prev. Sec./SC Senologia/SS Igiene	Omogeneizzazione del consenso informato	Predisposizione procedura	Revisione procedura LP001	100	3%
Capacità di ricerca	5%	5%		IF di struttura ≥ all'IF medio di struttura degli ultimi 3 anni	IF Anno 2023/IF medio Anni 2020-21-22	if 2023=60,31 if medio 2020-22=58,86	100	5%
	3%	3%		Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure (almeno n. 4 procedure da aggiornare/rivalidare)	n. procedure revisionate-rivalidate-redatte / n. procedure da revisionare-rivalidare-redigere	4 procedure revisionate-rivalidate-redatte	100	3%

## BUDGET 2023

S.C. Screening e Prevenzione Secondaria

Direttore: Dott.ssa Paola Mantellini

OBIETTIVI 2023	Peso %	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Verifica al 31/12/2023	% raggiungimento	Peso raggiunto
Qualità ed Accredimento	2%	2%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta $\geq 90\%$ 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	DERMATOLOGIA=55/60=91,67 SCREEN MAMMO=62/60=103,33 CERVIC VAGINALE=66/60=110,00 ENDOSCOPIA DIG=55/60=91,67 SCREENING TOT= 99,17	100	2%
Soddisfazione dell'utente	5%	5%		Aumento dell'empowerment e dell'umanizzazione nei confronti dell'utenza	Assenza di rilievi giustificati specifici all'URP nel II semestre	2 rilievi/reclami di cui 1 non giustificato	0	0%
Sicurezza ed Antincendio	3%	3%		Partecipazione alla gestione antincendio h12	n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal Responsabile Antincendio	125 su 125	100	3%
Formazione del personale	3%	3%		Partecipazione agli eventi previsti nel PAF di almeno il 90% dei dipendenti	N° di dipendenti che hanno partecipato agli eventi/N° di dipendenti assegnati alla struttura	Indicatore a livello di Istituto 140/152=92,11%	100	3%
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>						<b>93%</b>

CODICE COLORE:	% RAGG
CELLA VERDE	90-100
CELLA GIALLA	50-89
CELLA ARANCIONE	30-49
CELLA ROSSA	0-29
CELLA AZZURRA	ND
CELLA GRIGIA	NV

% RAGGIUNTO

% RAGGIUNGIBILE (ESCLUSI NV)

**% RAGGIUNTA SUL RAGGIUNGIBILE**

**93%**

**100%**

**93%**

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

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

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

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

## BUDGET 2023

**S.S. Centro di Riabilitazione Oncologica**

**Responsabile: Dott.ssa Isolina Bracciali**

OBIETTIVI 2023	Peso %	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Verifica al 31/12/2023	% raggiungimento	Peso raggiunto
Ottimizzazione ed efficientamento dei servizi	15%	15%		Definizione di un piano di riorganizzazione delle attività	Presentazione alla Direzione di un elaborato	Elaborato inviato alla Direzione in data 27/12/2023	100	15%
Rischio Clinico	5%	5%		Realizzazione di almeno 1 Audit con attuazione azioni di miglioramento	N. Audit e azioni di miglioramento attuate	2 Audit e 2 azioni di miglioramento	100	5%
	7%	7%		Capacità di controllo delle cadute dei pazienti	Applicazione buone pratiche per la sicurezza del paziente "Capacità di controllo delle cadute dei pazienti"	1 caduta senza conseguenze	100	7%
Tempi d'attesa e specialistica	10%	0%	SS Cerion/SS Igiene, org. e gov. ser. San.	Attivazione del nuovo Flusso SIAR secondo il cronoprogramma regionale	Flussi correttamente inviati	Attivazione flusso SIAR posticipata da RT al 2024	NON VALUTABILE	0%
	8%	8%		Completa compilazione campi Flussi SPR in base alle indicazioni della RT (>90%)	% compilazione campi flussi	compilazione campi 100%	100	8%
	5%	5%		Ricetta dematerializzata specialistica > 90% (con esclusione ricette per Riabilitazione individuale e di gruppo)	% Ricette dematerializzata specialistica sul totale ricette	Totale ricette=12104 di cui dematerializzate= 11902 % dema=98,33%	100	5%
Qualità ed Accredimento	5%	5%		Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure (almeno n. 1 procedura da aggiornare/rivalidare)	n. procedure revisionate-rivalidate-redatte / n. procedure da revisionare-rivalidare-redigere	3 su 1	100	5%
	8%	8%		Stesura del documento annuale del riesame della direzione della SC	Trasmissione documento annuale alla Direzione Aziendale	Presentazione RIESAME DELLA DIREZIONE 29/12/2023	100	8%
	8%	8%		Adesione PDTA di pertinenza	Definizione e rilevazione indicatore per ciascun PDTA	Attualmente non esiste un PDTA regionale relativo alla riabilitazione oncologica, la S.S ha però individuato degli indicatori (due per la precisione) pertinenti al percorso di riabilitazione oncologica dell'Istituto.	100	8%
	8%	8%		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	20 su 20=100%	100	8%



## BUDGET 2023

S.S. Centro di Riabilitazione Oncologica

Responsabile: Dott.ssa Isolina Bracciali

OBIETTIVI 2023	Peso %	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Verifica al 31/12/2023	% raggiungimento	Peso raggiunto
Soddisfazione dell'utente	15%	15%		Aumento dell'empowerment e dell'umanizzazione nei confronti dell'utenza	Assenza di rilievi giustificati specifici all'URP nel II semestre	0 rilievi	100	15%
Sicurezza ed Antincendio	3%	3%		Partecipazione alla gestione antincendio h12	n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal Responsabile Antincendio	1 su 1	100	3%
Formazione del personale	3%	3%		Partecipazione agli eventi previsti nel PAF di almeno il 90% dei dipendenti	N° di dipendenti che hanno partecipato agli eventi/N° di dipendenti assegnati alla struttura	Indicatore a livello di Istituto 140/152=92,11%	100	3%
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>	<b>90%</b>						<b>90%</b>

CODICE COLORE:	% RAGG
CELLA VERDE	90-100
CELLA GIALLA	50-89
CELLA ARANCIONE	30-49
CELLA ROSSA	0-29
CELLA AZZURRA	ND
CELLA GRIGIA	NV

% RAGGIUNTO

% RAGGIUNGIBILE (ESCLUSI NV)

% RAGGIUNTA SUL RAGGIUNGIBILE

90%

90%

100%

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

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

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

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

## BUDGET 2023

S.C. Senologia clinica

Direttore: Dott. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2023	Peso %	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Verifica al 31/12/2023	% raggiungimento	Peso raggiunto
Integrazione dei servizi	15%	15%	SC Screening e Prevenzione Secondaria-SC Senologia/SS Area Tecnico Sanitaria/SS Area Inf	Piena operatività dei servizi trasferiti presso la sede di VdR e attivazione della CESM entro Settembre 2023	Operatività ambulatori VdR e avvio della metodica	25 volumi CESM registrati da Ottobre 2023 a dicembre 2023	100	15%
Screening	5%	5%	SC Senologia Clinica-SC Screening e Prevenzione Secondaria	Partecipazione alla definizione di I.O./P.O. su richiamo mammografico	Produzione I.O./P.O.	Partecipazione PP003	100	5%
Prevenzione	10%	0%	SC Epid fattori rischio/SC Senologia Clinica	Sviluppo di sinergie con AVC per la presa in carico del paziente a rischio genetico	Definizione di intese/accordi	Posticipato dalla Direzione	NON VALUTABILE	0%
Ottimizzazione ed efficientamento dei servizi	9%	9%	SC Senologia/SS Area Tecnico Sanitaria	Mantenimento dei volumi di attività radiologica di senologia clinica (> = al medesimo periodo dell'anno precedente)	Volumi di attività alla data del 31.10 Anno 2023/Volumi di attività alla data del 31.10 Anno 2022	Volumi RX Anno 2023 = 1.747 Volumi RX Anno 2022 = 1.349 Rapporto = 1,295	100	9%
Tempi d'attesa e specialistica	5%	5%		Prestazioni, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B, garantite entro i tempi >=90% Prestazioni, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D, garantite entro i tempi >=90%	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D	Classe B 99,1% Classe D 90,1%	100	5%
	5%	5%		Ricetta dematerializzata specialistica > 90%	% Ricette dematerializzata specialistica sul totale ricette	Totale ricette=12104 di cui dematerializzate= 11902 % dema=98,33%	100	5%
Rischio Clinico	10%	10%		Realizzazione di almeno 3 Audit con attuazione azioni di miglioramento	N. Audit e azioni di miglioramento attuate	3 audit effettuati e 3 azioni di miglioramento	100	10%
	3%	3%	SC Screening e Prev. Sec./SC Senologia/SS Igiene	Omogeneizzazione del consenso informato	Predisposizione procedura	predisposta IP005	100	3%
Capacità di ricerca	10%	10%		Presentazione di almeno 1 progetto sperimentale	Progetto trasmesso alla Direzione	Progetto valutato dal CE "Influenza dell'intelligenza artificiale sulla prestazioni dei radiologi nella lettura di un test mammografico di autovalutazione"	100	10%
	8%	8%		Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure (n. 3 di procedure da revisionare/aggiornare/rivalidare)	n. procedure revisionate-rivalidate-redatte / n. procedure da revisionare-rivalidare-redigere	3 procedure rivalidate (Procedure PP003, IP032, SP001)	100	8%

## BUDGET 2023

S.C. Senologia clinica

Direttore: Dott. Beniamino Brancato

OBIETTIVI 2023	Peso %	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Verifica al 31/12/2023	% raggiungimento	Peso raggiunto
Qualità ed Accreditamento	5%	5%		Partecipazione alla corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta $\geq$ 90% Monitoraggio trimestrale su campione del 5% dei 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	225/240=93,75	100	5%
Soddisfazione dell'utente	5%	5%		Aumento dell'empowerment e dell'umanizzazione nei confronti dell'utenza	Assenza di rilievi giustificati specifici all'URP nel II semestre	0 rilievi	100	5%
Sicurezza ed Antincendio	5%	5%		Partecipazione alla gestione antincendio h12	n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal Responsabile Antincendio	16 su 16	100	5%
Formazione del personale	5%	5%		Partecipazione agli eventi previsti nel PAF di almeno il 75% dei dipendenti	N° di dipendenti che hanno partecipato agli eventi/N° di dipendenti assegnati alla struttura	Indicatore a livello di Istituto 140/152=92,11%	100	5%
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>	<b>90%</b>						<b>90%</b>

CODICE COLORE:	% RAGG
CELLA VERDE	90-100
CELLA GIALLA	50-89
CELLA ARANCIONE	30-49
CELLA ROSSA	0-29
CELLA AZZURRA	ND
CELLA GRIGIA	NV

% RAGGIUNTO

% RAGGIUNGIBILE (ESCLUSI NV)

% RAGGIUNTA SUL RAGGIUNGIBILE

90%

90%

100%

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

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

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

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

## BUDGET 2023

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

Direttore: Dott.ssa Cristina Sani

OBIETTIVI 2023	Peso %	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Verifica al 31/12/2023	% raggiungimento	Peso raggiunto
Ottimizzazione ed efficientamento dei servizi	14%	14%		Effettuazione di prestazioni di laboratorio extra screening (Incremento di almeno il 9% rispetto al 2022)	Volumi di attività Anno 2023/Volumi di attività Anno 2022	Volumi Anno 2023 = 124.230 Volumi Anno 2022 = 109.054 Rapporto = 1,139	100	14%
Screening	7%	7%	SC Screening e prev sec/SS Area Inf/SS Area Tec San/SC LRPO	Estensione ed Adesione Screening Colon-retto (100%, >50% NSG)	% estensione ed adesione (Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato)	Estensione 101,1% Adesione NSG 52,52%	100	7%
	7%	7%	SC Screening e prev sec/SS Area Inf/SS Area Tec San/SC LRPO	Estensione ed Adesione Screening Cervicale (100%, >50% NSG)	% estensione ed adesione (Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato)	Estensione 102,10% Adesione NSG 50,19%	100	7%
Rischio Clinico	6%	6%		Realizzazione di almeno 3 Audit	N. Audit	7 Audit e 7 azioni di miglioramento	100	6%
Efficienza ed economicità	10%	10%		Contenimento dell'incremento del valore consumi dispositivi medici rispetto al 2022 entro il 3%	Importo consumi dispositivi medici Anno 2023/Importo consumi dispositivi medici Anno 2022	Anno 2023 = 767.461,14 euro Anno 2022 = 762.276,33 euro Rapporto = 1,0068	100	10%
Capacità di ricerca	8%	8%		IF di struttura $\geq$ IF medio di struttura degli ultimi 3 anni	IF Anno 2023/IF medio Anni 2020-21-22	if 2023=21,30 if medio 2020-22=47,41	45	4%
	8%	8%		Presentazione di almeno 1 progetto innovativo	Presentazione alla Direzione della proposta progettuale	2 proposte progettuali: 1 per call PNRR MCNT2-2023-12377169 e 1 per bando AIRC IG-2023	100	8%
Qualità ed Accreditamento	10%	10%		Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure (almeno n. 4 procedure da aggiornare/rivalidare)	n. procedure revisionate-rivalidate-redatte / n. procedure da revisionare-rivalidare-redigere	4 procedure revisionate-rivalidate-redatte	100	10%
	15%	15%		Riesame della direzione propedeutico alla visita pre-certificazione accreditamento ISO 15189	Trasmissione riesame della direzione	Si	100	15%

## BUDGET 2023

S.C. Laboratorio Regionale di Prevenzione Oncologica

Direttore: Dott.ssa Cristina Sani

OBIETTIVI 2023	Peso %	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Verifica al 31/12/2023	% raggiungimento	Peso raggiunto
	5%	5%		Corretta registrazione dell'attività sanitaria svolta $\geq 90\%$ 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	252/240 = 105%	100	5%
<b>Sicurezza ed Antincendio</b>	5%	5%		Partecipazione alla gestione antincendio h12	n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal Responsabile Antincendio	112 su 112	100	5%
<b>Formazione del personale</b>	5%	5%		Partecipazione agli eventi previsti nel PAF di almeno il 90% dei dipendenti	N° di dipendenti che hanno partecipato agli eventi/N° di dipendenti assegnati alla struttura	Indicatore a livello di Istituto 140/152=92,11%	100	5%
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>						<b>96%</b>

CODICE COLORE:	% RAGG
CELLA VERDE	90-100
CELLA GIALLA	50-89
CELLA ARANCIONE	30-49
CELLA ROSSA	0-29
CELLA AZZURRA	ND
CELLA GRIGIA	NV

% RAGGIUNTO

96%

% RAGGIUNGIBILE (ESCLUSI NV)

100%

% RAGGIUNTA SUL RAGGIUNGIBILE

96%

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

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

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

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

## BUDGET 2023

S.C. Core Research Laboratory (CRL)

Direttore: Dott. Rosario Notaro

OBIETTIVI 2023	Peso %	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Verifica al 31/12/2023	% raggiungimento	Peso raggiunto
Capacità di ricerca	25%	25%		IF di struttura $\geq$ IF medio di struttura di 3 anni	IF Anno 2023/IF medio Anni 2019-20-21	if 2023=96,09 if medio 2019-21=71,11	100	25%
	20%	20%		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	presentati 3	100	20%
	15%	15%		Sviluppo di relazioni con Centri di Ricerca Regionali e Nazionali (almeno 8)	N. rapporti certificati dal centro esterno	11 rapporti certificati	100	15%
	10%	10%		Sviluppo di relazioni con Reti Internazionali (almeno 4)	N. rapporti certificati dal centro esterno	4 rapporti certificati	100	10%
Efficienza ed economicità	10%	10%		Mantenimento valore consumo dispositivi medici e prodotti chimici rispetto al 2022 (escluso i consumi di dispositivi medici e prodotti chimici per i progetti finalizzati)	Importo consumi dispositivi medici e prodotti chimici Anno 2023/ Importo consumi dispositivi medici e prodotti chimici Anno 2022	Anno 2023 = 96.283,40 euro Anno 2022 = 100.756,92 euro Rapporto = 0,9556	100	10%
Qualità ed Accredimento	10%	10%		Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure (almeno n. 1 procedura da aggiornare/rivalidare)	n. procedure revisionate-rivalidate-redatte / n. procedure da revisionare-rivalidare-redigere	1 su 1	100	10%
Sicurezza ed Antincendio	5%	5%		Partecipazione alla gestione antincendio h12	n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal Responsabile Antincendio	22 su 22	100	5%
Formazione del personale	5%	5%		Partecipazione agli eventi previsti nel PAF di almeno il 90% dei dipendenti	N° di dipendenti che hanno partecipato agli eventi/N° di dipendenti assegnati alla struttura	Indicatore a livello di Istituto 140/152=92,11%	100	5%
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>						<b>100%</b>

CODICE COLORE:	% RAGG
CELLA VERDE	90-100
CELLA GIALLA	50-89
CELLA ARANCIONE	30-49
CELLA ROSSA	0-29
CELLA AZZURRA	ND
CELLA GRIGIA	NV

% RAGGIUNTO

% RAGGIUNGIBILE (ESCLUSI NV)

**% RAGGIUNTA SUL RAGGIUNGIBILE**

**100%**

**100%**

**100%**

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

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

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

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

## BUDGET 2023

S.S. Igiene, organizzazione e governo dei servizi sanitari

Responsabile: Dott. Tommaso Tanini

OBIETTIVI 2023	Peso %	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Verifica al 31/12/2023	% raggiungimento	Peso raggiunto
Ottimizzazione ed efficientamento dei servizi	5%	5%	SC Screening e Prevenzione Secondaria-SC Senologia/SS Area Tecnico Sanitaria/SS Area Inf	Piena operatività per l'attivazione della CESM entro Ottobre 2023	Avvio della metodica	25 volumi CESM registrati da ottobre 2023 a dicembre 2023	100	5%
	15%	15%		Contribuire alla gestione e distribuzione degli spazi all'interno dell'Istituto, assicurandone l'utilizzazione ottimale per lo svolgimento delle attività	Predisposizione di procedura per l'attivazione della gestione operativa	IP005 GESTIONE DEGLI SPAZI	100	15%
Tempi d'attesa e specialistica	10%	10%		Monitoraggio e verifica dell'attività sanitaria libero professionale intra-moenia	Rispetto dei parametri normativi	% Alpi da monitoraggio regione Toscana = 12,43%	100	10%
	15%	15%	SC Screening e Prev. Sec./SC Senologia/SS Cerion	Monitoraggio e presidio delle liste di attesa e del percorso ambulatoriale per la pianificazione e programmazione delle attività	Predisposizione report settimanale alla Direzione con partecipazione alle attività di valenza regionale	28 riunioni e report trasmessi alla direzione, mail esplicative in cartella	100	15%
Informazione e sensibilizzazione dell'utenza	5%	5%		Coordinamento dell'organizzazione di almeno un evento di sensibilizzazione rivolto all'utenza esterna	N° di eventi coordinati	N. 2 eventi	100	5%
Rischio Clinico	5%	5%	SC Screening e Prev. Sec./SC Senologia	Omogeneizzazione del consenso informato	Predisposizione procedura	Procedura IP005	100	5%
	15%	15%		Organizzazione, gestione e sorveglianza del monitoraggio microbiologico ambientale all'interno dell'Istituto e vigilanza sul servizio di pulizia (nelle aree di competenza) e sui rifiuti sanitari	Predisposizione report trimestrale alla Direzione	Report periodo ottobre-dicembre 2023	100	15%
Qualità ed Accredimento	10%	10%		Supporto alle attività di verifica per l'accreditamento regionale	Attestazione di partecipazione a riunioni operative	PARTECIPATO A 7 RIUNIONI	100	10%
Coordinamento rete oncologica Regione Toscana	15%	15%		Collaborazione alla definizione del piano pluriennale di indirizzo	Redazione Bozza Piano Regionale di Indirizzo entro novembre 2023	Report inviato alla Direzione il 22/12/2023	93	14%
Sicurezza ed Antincendio	5%	5%		Partecipazione alla gestione antincendio h12	n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal Responsabile Antincendio	12 su 12	100	5%
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>						<b>99%</b>

CODICE COLORE:	% RAGG
CELLA VERDE	90-100
CELLA GIALLA	50-89
CELLA ARANCIONE	30-49
CELLA ROSSA	0-29
CELLA AZZURRA	ND
CELLA GRIGIA	NV

% RAGGIUNTO

% RAGGIUNGIBILE (ESCLUSI NV)

**% RAGGIUNTA SUL RAGGIUNGIBILE**

**99%**

**100%**

**99%**

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

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

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

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

## BUDGET 2023

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

Direttore: Dott.ssa Giovanna Masala

OBIETTIVI 2023	Peso %	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Verifica al 31/12/2023	% raggiungimento	Peso raggiunto
Capacità di ricerca	15%	15%		IF di struttura $\geq$ IF medio di struttura degli ultimi 3 anni	IF Anno 2023/IF medio Anni 2020-21-22	if 2023=448,37 if medio 2020-22=362,86	100	15%
	12%	12%		Capacità di attrarre finanziamenti esterni anche 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	Presentati 4	100	12%
	10%	10%		Mantenimento delle relazioni attive e sviluppo di relazioni con Reti Internazionali (almeno 3)	Relazione sulle reti attive e N. rapporti certificati dal centro esterno per sviluppo	EPIC, IARC, JAPrevent, PIECES, JCR, ERSPC N. 6	100	10%
	5%	5%		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	Predisposizione del calcolo il 22/04	100	5%
Registri	15%	15%		Completamento inserimento Registro Tumori Anno 2019 (100%) e avvio inserimento Anno 2020 (almeno 20%)	N° inserimenti effettuati/N° casi da inserire dell'anno 2019 e 2020	Anno 2019: 53% Anno 2020: 3%	47	7%
	10%	10%		Avvio progetti innovativi negli ambiti di competenza (Esempio georeferenzialità Registro Tumori)	Presentazione relazione istruttoria sul progetto	Relazione trasmessa alla Direzione Sanitaria	100	10%
Screening	18%	18%		Monitoraggio mensile degli indicatori screening (adesione/estensione, tempi di attesa, NSG)	Predisposizione di report di monitoraggio con cadenza mensile da trasmettere in Direzione (adesione/estensione, tempi di attesa, NSG)	Reportistica mensile attivata	100	18%
Qualità ed Accredimento	5%	5%		Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure (almeno n. 2 procedure da aggiornare/rivalidare)	n. procedure revisionate-rivalidate-redatte / n. procedure da revisionare-rivalidare-redigere	2 procedure revisionate-rivalidate-redatte	100	5%
Sicurezza ed Antincendio	5%	5%		Partecipazione alla gestione antincendio h12	n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal Responsabile Antincendio	66 su 66	100	5%
Formazione del personale	5%	5%		Partecipazione agli eventi previsti nel PAF di almeno il 90% dei dipendenti	N° di dipendenti che hanno partecipato agli eventi/N° di dipendenti assegnati alla struttura	Indicatore a livello di Istituto 140/152=92,11%	100	5%
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>						<b>92%</b>



## BUDGET 2023

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

OBIETTIVI 2023	Peso %	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Verifica al 31/12/2023	% raggiungimento	Peso raggiunto
----------------	--------	--------	-----------	---------------------	------------	------------------------	---------------------	----------------

CODICE COLORE:	% RAGG
CELLA VERDE	90-100
CELLA GIALLA	50-89
CELLA ARANCIONE	30-49
CELLA ROSSA	0-29
CELLA AZZURRA	ND
CELLA GRIGIA	NV

% RAGGIUNTO	92%
% RAGGIUNGIBILE (ESCLUSI NV)	100%
<b>% RAGGIUNTA SUL RAGGIUNGIBILE</b>	<b>92%</b>

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

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

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

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

## BUDGET 2023

S.C. Epidemiologia dei Fattori di rischio e degli stili di vita  
Direttore sostituto: Dott.ssa Giovanna Masala

OBIETTIVI 2023	Peso %	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Verifica al 31/12/2023	% raggiungimento	Peso raggiunto
Capacità di ricerca	15%	15%		Capacità di attrarre finanziamenti esterni anche 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	Presentati 3	100	15%
	10%	10%	SC Epid fattori rischio/SS Programmazione e gest risc/SC Att. Tecn. Amm	Sperimentazione clinica: aggiornamento portale CRMS al 100%	n° progetti che rientrano nelle sperimentazioni inseriti sul portale regionale/n° progetti approvati dal CE	0 progetti che rientrano nelle sperimentazioni	100	10%
	5%	5%		IF di struttura $\geq$ IF medio di struttura degli ultimi 3 anni	IF Anno 2023/IF medio Anni 2020-21-22	if 2023=334,85 if medio 2020-22=531,35	63	3%
	5%	5%		Mantenimento delle relazioni attive e sviluppo di relazioni con Reti Internazionali (almeno 3)	Relazione sulle reti attive e N. rapporti certificati dal centro esterno per sviluppo	EPIC, IARC, JAPrevent, PIECES, Carcinoma mammella (CIMBA e BCAC), Consorzio InterLymph N. 6	100	5%
Registri	15%	15%		Completamento inserimento Anno 2020 Registro Mortalità (100%) e avvio inserimento Anno 2021 (almeno il 20%)	N° inserimenti effettuati / N° casi da inserire dell'anno 2020 e 2021	Anno 2020: 100% Anno 2021: 87,9%	100	15%
	15%	15%		Definizione di percorsi per il soddisfacimento delle istanze inerenti i Registri professionali (almeno 1 percorso)	N. di percorsi rivisti	1 percorso rivisto per le istanze al COR Mesoteliomi	100	15%
Prevenzione	15%	0%	SC Epid fattori rischio/SC Senologia Clinica	Sviluppo di sinergie con AVC per la presa in carico del paziente a rischio genetico	Invio relazione sullo stato di avanzamento	Posticipato dalla Direzione	NON VALUTABILE	0%
Qualità ed Accreditamento	10%	10%		Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure (almeno n. 2 procedure da aggiornare/rivalidare)	n. procedure revisionate-rivalidate-redatte / n. procedure da revisionare-rivalidare-redigere	2 procedure revisionate-rivalidate-redatte	100	10%
Sicurezza ed Antincendio	5%	5%		Partecipazione alla gestione antincendio h12	n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal Responsabile Antincendio	63 su 63	100	5%
Formazione del personale	5%	5%		Partecipazione agli eventi previsti nel PAF di almeno il 90% dei dipendenti	N° di dipendenti che hanno partecipato agli eventi/N° di dipendenti assegnati alla struttura	Indicatore a livello di Istituto 140/152=92,11%	100	5%
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>	<b>85%</b>						<b>83%</b>

## BUDGET 2023

S.C. Epidemiologia dei Fattori di rischio e degli stili di vita  
Direttore sostituto: Dott.ssa Giovanna Masala

OBIETTIVI 2023	Peso %	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Verifica al 31/12/2023	% raggiungimento	Peso raggiunto
<b>CODICE COLORE:</b>	<b>% RAGG</b>							
CELLA VERDE	90-100					% RAGGIUNTO		83%
CELLA GIALLA	50-89					% RAGGIUNGIBILE (ESCLUSI NV)		85%
CELLA ARANCIONE	30-49					<b>% RAGGIUNTA SUL RAGGIUNGIBILE</b>		<b>98%</b>
CELLA ROSSA	0-29							
CELLA AZZURRA	ND							
CELLA GRIGIA	NV							

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

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

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

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

## BUDGET 2023

### S.C. Attività tecnico amministrative

OBIETTIVI 2023	Peso %	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Verifica al 31/12/2023	% raggiungimento	Peso raggiunto
Ricerca	10%	10%	SC Epid fattori rischio/SS Programmazione e gest risc/SC Att. Tecn. Amm	Sperimentazione clinica: aggiornamento portale CRMS al 100%	n° progetti che rientrano nelle sperimentazioni inseriti sul portale regionale/n° progetti approvati dal CE	0 progetti che rientrano nelle sperimentazioni	100	10%
Monitoraggio personale	10%	10%		Monitoraggio periodico sul personale	Rispetto della scadenza di invio del Monitoraggio mensile della consistenza del personale	12 invii entro la scadenza regionale	100	10%
Implementazione PNRR/PNC	15%	15%		Implementazione PNRR da parte dei centri attuatori	Rispetto delle indicazioni fornite dal Settore Regionale Competente	Indicazioni rispettate 5 su 5 realizzabili (1 non realizzabile per cause esogene)	100	15%
Tempestività pagamenti	10%	10%		Rispetto dei tempi di pagamento per fornitori privati	Indicatore tempestività pagamenti ex Dpcm 22/09/2014	-15,37 gg	100	10%
Qualità ed Accreditamento	10%	10%		Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure: applicazione del piano qualità approvato (almeno n. 2 procedure da aggiornare/rivalidare)	n. procedure revisionate-rivalidate-redatte / n. procedure da revisionare-rivalidare-redigere	1 procedura (AP006)	50	5%
	10%	10%		Predisposizione bozza di regolamento per attività extr-impiego	Invio bozza di regolamento alla Direzione	Bozza presentata	100	10%
	5%	0%	Direzione Sanitaria/Settore Qualità e Accreditamento	Aggiornamento deliberazione 210/2021 in coerenza con quanto richiesto dai requisiti aziendali sul modello organizzativo della rete qualità e sicurezza	Aggiornamento deliberazione entro 30 gg dalla ricezione dei nominativi individuati	Nominativi non trasmessi in quanto in corso la definizione della rete qualità e sicurezza e le relative figure da coinvolgere	NON VALUTABILE	0%
	10%	0%	Direzione Sanitaria/Settore Qualità e Accreditamento	Collaborazione alla stesura job description per le figure della rete qualità e sicurezza con quota oraria dedicata	Partecipazione agli incontri dedicati	In corso la definizione della rete qualità e sicurezza e le figure da coinvolgere sono in fase di identificazione. Incontri per la stesura delle job description rimandati	NON VALUTABILE	0%
	10%	10%	Direzione Sanitaria/Settore Qualità e Accreditamento	Predisposizione indicatori di valutazione sull'applicazione della procedura AP005	Produzione indicatori relativi al 2022	Nessun indicatore prodotto	0	0%
Sicurezza ed Antincendio	5%	5%		Partecipazione alla gestione antincendio h12	n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal Responsabile Antincendio	72 su 72	100	5%
Formazione del personale	5%	5%		Partecipazione agli eventi previsti nel PAF di almeno il 90% dei dipendenti	N° di dipendenti che hanno partecipato agli eventi/N° di dipendenti assegnati alla struttura	Indicatore a livello di Istituto 140/152=92,11%	100	5%
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>	<b>85%</b>						<b>70%</b>

## BUDGET 2023

S.C. Attività tecnico amministrative

OBIETTIVI 2023	Peso %	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Verifica al 31/12/2023	% raggiungimento	Peso raggiunto
----------------	--------	--------	-----------	---------------------	------------	------------------------	------------------	----------------

CODICE COLORE:	% RAGG
CELLA VERDE	90-100
CELLA GIALLA	50-89
CELLA ARANCIONE	30-49
CELLA ROSSA	0-29
CELLA AZZURRA	ND
CELLA GRIGIA	NV

% RAGGIUNTO	70%
% RAGGIUNGIBILE (ESCLUSI NV)	85%
<b>% RAGGIUNTA SUL RAGGIUNGIBILE</b>	<b>82%</b>

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

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

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

## BUDGET 2023

S.S. Programmazione e Gestione Risorse Economiche

Responsabile: Dott.ssa Cristina Gheri

OBIETTIVI 2023	Peso %	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Verifica al 31/12/2023	% raggiungimento	Peso raggiunto
Ricerca	10%	10%	SC Epid fattori rischio/SS Programmazione e gest ris ec/SC Att. Tecn. Amm	Sperimentazione clinica: aggiornamento portale CRMS al 100%	n° budget inseriti sul portale regionale/n° progetti approvati dal CE con budget esterno	1 su 1	100	10%
Tempestività pagamenti	15%	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)	7,76 gg medi calcolati su un campione del 96% delle fatture pagate	100	15%
	10%	10%		Rispetto dei tempi di pagamento per fornitori privati	Indicatore tempestività pagamenti ex Dpem 22/09/2014	-25,81 gg	100	10%
Implementazione PNRR/PNC	15%	15%		Adempimenti amministrativi per i progetti di ricerca finanziati dal PNRR/PNC	Rispetto dei tempi negli adempimenti amministrativi per i progetti di ricerca finanziati dal PNRR/PNC	tempi rispettati	100	15%
Controllo di gestione	5%	5%		Tempestività nella produzione della reportistica per CdR: entro il 31.12 invio entro 45 gg dal periodo di riferimento	Data di invio ai CdR	N. 2 report prodotti ( gennaio-settembre inviati il 18/10 e gennaio-dicembre, inviati il 01/02/2024)	100	5%
	10%	10%		Proposta di nuova reportistica ad uso direzionale	Trasmissione alla Direzione di proposta di reportistica da attivare	Proposta cruscotto inviate il 27/12/2023	100	10%
	10%	10%		Monitoraggio mensile andamento voci di costo presenti nel verbale Assessore	Predisposizione prospetto mensile in base ai dati del CE	N. 5 prospetti prodotti (mesi agosto, settembre, ottobre, novembre, IV trim)	100	10%
	5%	5%		Monitoraggio mensile andamento entrate/uscite di cassa	Predisposizione prospetto mensile	N. 6 prospetti prodotti	100	5%
Qualità ed Accreditamento	10%	10%		Revisione/Rivalidazione/Redazione procedure: applicazione del piano qualità approvato (almeno n. 2 procedure da aggiornare/rivalidare)	n. procedure revisionate-rivalidate-redatte / n. procedure da revisionare-rivalidare-redigere	2 procedure aggiornate/rivalidate (AP025 e AP026)	100	10%
Sicurezza ed Antincendio	5%	5%		Partecipazione alla gestione antincendio h12	n. turni coperti / n. turni da coprire, come attestato dal Responsabile Antincendio	42 su 42	100	5%
Formazione del personale	5%	5%		Partecipazione agli eventi previsti nel PAF di almeno il 90% dei dipendenti	N° di dipendenti che hanno partecipato agli eventi/N° di dipendenti assegnati alla struttura	Indicatore a livello di Istituto 140/152=92,11%	100	5%
<b>TOTALE</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>						<b>100%</b>

## BUDGET 2023

S.S. Programmazione e Gestione Risorse Economiche

Responsabile: Dott.ssa Cristina Gheri

OBIETTIVI 2023	Peso %	Peso %	Resp/Coin	Obiettivo specifico	Indicatore	Verifica al 31/12/2023	% raggiungimento	Peso raggiunto
----------------	--------	--------	-----------	---------------------	------------	------------------------	------------------	----------------

CODICE COLORE:	% RAGG
CELLA VERDE	90-100
CELLA GIALLA	50-89
CELLA ARANCIONE	30-49
CELLA ROSSA	0-29
CELLA AZZURRA	ND
CELLA GRIGIA	NV

% RAGGIUNTO	100%
% RAGGIUNGIBILE (ESCLUSI NV)	100%
<b>% RAGGIUNTA SUL RAGGIUNGIBILE</b>	<b>100%</b>

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

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

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