

R0104000 - S0SD UFFICIO AFFARI GENERALI		Responsabile : Dr.ssa Tonucci Direttore Dipartimento: dr.ssa Nardi		BUDGET 2022							
SETTORE	PRO GR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLL O DI GESTIONE	VALUTAZI ONE DEL CdR	VALUTAZI ONE 1° ISTANZA	VALUTAZI ONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario											
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	1	Attuazione del codice dell'amministrazione digitale con particolare riferimento alla conservazione sostitutiva	Manuale della conservazione	Redazione Manuale della conservazione	Proposta di determina di approvazione del Manuale della conservazione entro 31/12/2022	10%	10%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	2	Previsione processi e procedure volti a garantire il rispetto delle procedure dell'ufficio.	Revisione scrivanie Sicraweb e correlata attività formativa	Revisione scrivanie Sicraweb e correlata formazione entro 31/12/2022	Elenco scrivanie aggiornato e correlata attività formativa entro 31/12/2022	10%	10%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	3	protocollo in entrata ed in uscita delle note e delle mail e sull'uso della pec istituzionale	regolamento sulla protocollazione in entrata ed in uscita delle note e delle mail e sull'uso della pec istituzionale	Stesura regolamento	Presentazione regolamento alla direzione amministrativa entro il 31/12/2022	10%	10%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	4	Regolamento donazioni	Stesura del regolamento sulle donazioni in collaborazione con l'UO Attività Tecniche e l'UO Amministrazione e Finanza	Stesura regolamento	Presentazione regolamento alla direzione amministrativa entro il 30/11/2022	10%	10%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	5	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	5%	10%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	6	Conclusione di tutti i percorsi e di tutte le attività volte all'attuazione del nuovo atto aziendale	Predisposizione atti per l'attuazione del nuovo atto aziendale	presentazione bozze di determine	entro 10 gg dalla trasmissione della documentazione per l'adozione della determina	5%	5%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	7	Aggiornamento regolamento per gestione patrimonio mobiliare	Aggiornamento, congiuntamente a UO Attività Tecniche, UO Amministrazione e Finanza, UO ABSL, tenendo conto anche dei PAC Immobilizzazione	Presentazione bozza di determina	Entro 31/12/2022	5%	5%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	8	Elaborazione regolamento per gestione patrimonio immobiliare	Elaborazione, congiuntamente a UO Attività Tecniche, UO Amministrazione e Finanza, UO ABSL, tenendo conto anche dei PAC Immobilizzazione	Presentazione bozza di determina	Entro 31/12/2022	5%	5%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	9	Format per tipologia di determina	Presentazione di format differenziati per tipologia di determina da adottare	Presentazione format alla direzione Amministrativa	Entro il 30/09/2022	5%	5%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35%	30%				

'R0105100 - UOC ACQUISIZIONE BENI SERVIZI LOGISTICA ATL		Responsabile : Dr.ssa Nardi Direttore Dipartimento: dr.ssa Nardi			BUDGET 2022						
SETTORE	PRO GR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLL O DI GESTIONE	VALUTAZI ONE DEL CdR	VALUTAZI ONE 1° ISTANZA	VALUTAZI ONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario											
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	1	Progetto di implementazione del software amministrativo contabile logistica (AMC) dell'Inrca	1) Esportazione dati, trascodifica dati e migrazione dati. Recupero dati provvisorio e definitivo 2) Profilatura ed attivazione utenze:definizione di ruoli e gli uffici da associare alle utenze procedurali 3) Formazione sul sistema sia agli utenti amministratori che utenti 4) Integrazione tra il nuovo sistema e i diversi sottosistemi attualmente integrati	1) Realizzazione Piano di migrazione 2) Profilazione utenti 3) Piano di formazione dei nuovi utenti 4) Documento di integrazione	1) Realizzazione piano di migrazione entro 31/12/2022 2) Profilazione utenti entro 31/12/2022 3) Realizzazione formazione entro 31/12/2022 4) Realizzazione documento entro 31/12/2022	15%	40%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazion e 1° istanza
	2	Format per tipologia di determina	Presentazione di format differenziati per tipologia di determina da adottare	Presentazione format alla direzione Amministrativa	Entro il 30/09/2022	15%	10%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazion e 1° istanza
	3	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	10%	5%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazion e 1° istanza
	4	Aggiornamento regolamento per gestione patrimonio mobiliare	Aggiornamento, congiuntamente a UO Affari Generali, UO Attività Tecniche, UO AF, tenendo conto anche dei PAC Immobilizzazione	Presentazione regolamento	Entro 31/12/2022	15%	10%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazion e 1° istanza
	5	Elaborazione regolamento per gestione patrimonio immobiliare	Elaborazione, congiuntamente a UO Affari Generali, UO Attività Tecniche, UO AF, tenendo conto anche dei PAC Immobilizzazione	Presentazione regolamento	Entro 31/12/2022	10%	5%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazion e 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35%	30%				

[illegible]

'R0105300 - SOSD AMMINISTRAZIONE E FINANZA ATL		Responsabile : Dr.ssa Pacenti Direttore Dipartimento: dr.ssa Nardi		BUDGET 2022							
SETTORE	PROG. R.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLL O DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario											
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	1	Progetto di implementazione del software amministrativo contabile logistica (AMC) dell'Inrca	1) Esportazione dati, trascodifica dati e migrazione dati. Recupero dati provvisorio e definitivo 2) Profilatura ed attivazione utenze: definizione di ruoli e gli uffici da associare alle utenze procedurali 3) Formazione sul sistema sia agli utenti amministratori che utenti 4) Integrazione tra il nuovo sistema e i diversi sottosistemi attualmente integrati	1) Realizzazione Piano di migrazione 2) Profilazione utenti 3) Piano di formazione dei nuovi utenti 4) Documento di integrazione	1) Realizzazione piano di migrazione entro 31/12/2022 2) Profilazione utenti entro 31/12/2022 3) Realizzazione formazione entro 31/12/2022 4) Realizzazione documento entro 31/12/2022	10%	50%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	2	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	10%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	3	Format per tipologia di determina	Presentazione di format differenziati per tipologia di determina da adottare	Presentazione format alla direzione Amministrativa	Entro il 30/09/2022	10%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	4	Aggiornamento regolamento per gestione patrimonio mobiliare	Aggiornamento, congiuntamente a UO Affari Generali, UO Attività Tecniche, UO ABSL, tenendo conto anche dei PAC Immobilizzazione	Presentazione regolamento	Entro 31/12/2022	10%	5%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	5	Elaborazione regolamento per gestione patrimonio immobiliare	Elaborazione, congiuntamente a UO Affari Generali, UO Attività Tecniche, UO ABSL, tenendo conto anche dei PAC Immobilizzazione	Presentazione regolamento	Entro 31/12/2022	10%	5%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	6	Regolamento donazioni	Stesura del regolamento sulle donazioni in collaborazione con l'UO Attività Tecniche e l'UO Affari Generali	Stesura regolamento	Presentazione regolamento alla direzione amministrativa entro il 30/11/2022	15%	10%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35%	30%				

R0105400 - SOC ATTIVITA' TECNICHE NUOVE OPERE PATRIMONIO ATL		Responsabile : Ing. Madeo Direttore Dipartimento: dr.ssa Nardi		BUDGET 2022							
SETTORE	PROG R.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario											
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	1	Gestione del patrimonio mobiliare con costante aggiornamento dello stesso anche in ambito dei sistemi informativi aziendali	Verifiche di allineamento tra inventario fisico BMD e cespiti risultanti nel sistema contabile	Esecuzione di controlli a campione presso n. 4 UO	Relazione sull'attività svolta entro il 31/12/2022	10%	10%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	2	Aggiornamento regolamento per gestione patrimonio mobiliare	Aggiornamento, congiuntamente a UO Affari Generali, UO Amministrazione e Finanza, UO ABSL, tenendo conto anche dei PAC Immobilizzazione	Presentazione regolamento	Entro 31/12/2022	5%	5%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	3	Elaborazione regolamento per gestione patrimonio immobiliare	Elaborazione, congiuntamente a UO Affari Generali, UO Amministrazione e Finanza, UO ABSL, tenendo conto anche dei PAC Immobilizzazione	Presentazione regolamento	Entro 31/12/2022	5%	5%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	4	Gestione del patrimonio mobiliare	Diffusione del regolamento	Organizzazione di almeno n. 2 corsi per la diffusione del regolamento e di un opuscolo informativo per i consegnatari, presentazione procedura	entro il 31/12/2022	5%	10%		Obiettivo raggiunto	L'obiettivo si ritiene raggiunto poiché la rimodulazione dello stesso, benché non formalizzata, era stata concessa per le vie brevi, come confermato dal Direttore Amministrativo.	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	Aggiornamento costante e in tempo reale delle attività manutentive, ordinarie e straordinarie, poste in essere nel corso dell'esercizio	Alimentazione registro delle richieste di intervento di manutenzione; svolgimento tempestivo delle attività manutentive richieste	Esecuzione degli interventi necessari	Completamento del 85% degli interventi entro il 31/12/2022 nell'ambito del budget disponibile	5%	10%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	6	Format per tipologia di determina	Presentazione di format differenziati per tipologia di determina da adottare	Presentazione format alla direzione Amministrativa	Entro il 30/09/2022	10%	10%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	7	Regolamento donazioni	Stesura del regolamento sulle donazioni in collaborazione con l'UO Affari Generali e l'UO Amministrazione e Finanza	Stesura regolamento	Presentazione regolamento alla direzione amministrativa entro il 30/11/2022	5%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	8	Avvio nuovo percorso autorizzazione strutture sanitarie Regione Marche	Supporto alla DMPO alla verifica dei requisiti autorizzativi	vedi azione	Relazioni sulle attività svolte entro il 31/12/2022	5%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	9	Adeguamento sicurezza dei Presidi Ospedalieri	Invio del progetto agli uffici competenti della Regione Marche e del Ministero della Salute	Invio del progetto agli uffici competenti della Regione Marche e del Ministero della Salute	Verifiche entro il 31/12/2022	5%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	10	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	5%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	11	Progetto di implementazione del software amministrativo contabile logistica (AMC) dell'Inrca	1) Esportazione dati, trascodifica dati e migrazione dati. Recupero dati provvisorio e definitivo 2) Profilatura ed attivazione utenze: definizione di ruoli e gli uffici da associare alle utenze procedurali 3) Formazione sul sistema sia agli utenti amministratori che utenti 4) Integrazione tra il nuovo sistema e i diversi sottosistemi attualmente integrati	1) Realizzazione Piano di migrazione 2) Profilazione utenti 3) Piano di formazione dei nuovi utenti 4) Documento di integrazione	1) Realizzazione piano di migrazione entro 31/12/2022 2) Profilazione utenti entro 31/12/2022 3) Realizzazione formazione entro 31/12/2022 4) Realizzazione documento entro 31/12/2022	5%	20%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35%	30%				

R0105500 - SOSD AREA SISTEMI INFORMATIVI ATL	Responsabile : Ing. Arzeni Direttore Dipartimento: dr.ssa Nardi			BUDGET 2022							
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLL O DI GESTIONE	VALUTAZI ONE DEL CdR	VALUTAZI ONE 1° ISTANZA	VALUTAZI ONE 2° ISTANZA
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	1	Progetto di implementazione del software di gestione delle risorse umane (HR) dell'Inrca.Migrazione dati	Sistema del Personale HR: Esportazione dati, trascodifica dati e migrazione dati. Recupero dati provvisorio e definitivo	Piano di migrazione	Avvenuta migrazione	7,5%	10,0%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	2	Progetto di implementazione del software di gestione delle risorse umane (HR) dell'Inrca.Gestione utenze e profilazioni	Sistema del Personale HR: Profilatura ed attivazione utenze:definizione di ruoli e gli uffici da associare alle utenze procedurali	Avvenuta profilazione	vedi indicatore	7,5%	10,0%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	3	Progetto di implementazione del software di gestione delle risorse umane (HR) dell'Inrca.Formazione	Sistema del Personale HR: Formazione sul sistema sia agli utenti amministratori che utenti	Piano di formazione	avvenuta formazione	7,5%	7,5%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	4	Progetto di implementazione del software di gestione delle risorse umane (HR) dell'Inrca. Integrazioni	Sistema del Personale HR :Integrazione tra il nuovo sistema e i diversi sottosistemi attualmente integrati	Documento di integrazione	vedi indicatore	7,5%	7,5%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	5	Progetto di implementazione del softwareamministrativo contabile logistica (AMC). Migrazione dati	Sistema AMC: Esportazione dati, trascodifica dati e migrazione dati. Recupero dati provvisorio e definitivo	Piano di migrazione	Avvenuta migrazione	7,5%	10,0%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	6	Progetto di implementazione del softwareamministrativo contabile logistica (AMC). Gestione utenze e profilazione	Sistema AMC: Profilatura ed attivazione utenze:definizione di ruoli e gli uffici da associare alle utenze procedurali	Avvenuta profilazione	vedi indicatore	7,5%	10,0%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	7	Progetto di implementazione del softwareamministrativo contabile logistica (AMC). Formazione	Sistema AMC: Formazione sul sistema sia agli utenti amministratori che utenti	Piano di formazione	avvenuta formazione	7,5%	7,5%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	8	Progetto di implementazione del softwareamministrativo contabile logistica (AMC). Integrazione	Sistema AMC :Integrazione tra il nuovo sistema e i diversi sottosistemi attualmente integrati	Documento di integrazione	vedi indicatore	7,5%	7,5%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	9	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	5,0%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35%	30%				

[illegible]

'R2902200 - SOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESIDIO CT			Responsabile : Dr.ssa Fioravanti		BUDGET 2022						
SETTORE	PR OG R.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario											
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	1	Miglioramento performance amministrativa	inserimento tempestivo del contratto derivante da procedura di acquisto DAPO sul sistema amministrativo contabile	tempo medio intercorrente tra la data di protocollazione del verbale di acquisto e la data di inserimento del relativo contratto/ordine sul sistema amministrativo contabile	4 giorni	10%	20%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	2	Miglioramento confort dell'utente	presa in carico da parte della DAPO della gestione degli spazi adibiti a sala ristoro	avvio procedura aperta	entro 31/10/2022	10%	20%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	3	Gestione utilizzo auto aziendali Presidio	Realizzazione procedure operative sull'utilizzo delle auto aziendali Presidio	Presentazione bozza di procedura operativa	Entro il 30/09/2022	15%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	4	Accoglienza dell'utente nell'area Cup - Ticket	Predisposizione cartellonistica in lingua straniera, depliant esplicativi sull'attività del Presidio e beni di prima necessità per l'accoglienza dell'utenza	Messa in atto delle attività previste dall'azione	Entro il 31/12/2022	15%	20%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	ufficio tecnico sulla gestione del verde e piccole manutenzioni	Supporto all'ufficio tecnico sulla gestione del verde e piccole manutenzioni	Elaborazione report sulle attività effettuate	Entro il 31/12/2022	10%	10%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	6	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	5,0%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35%	30%				

[illegible]

DIPARTIMENTO CHIRURGICO

'R3610300 - SOC UROLOGIA AN		Responsabile : Dr. Dellabella Direttore Dipartimento: dr. Boccoli		BUDGET 2022							
SETTORE	PRO GR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL Cdr	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Beni sanitari	Costo Beni sanitari /valore della Produzione	10,3%	10,0%	5%	0,16	41,0%	In considerazione del fatto che gli obiettivi economici sono stati dati nel 2022 dopo l'emergenza Covid, che la stessa ha profondamente modificato gli assetti organizzativi dei vari reparti, che nel 2022 ci sono state dinamiche inflazionistiche consistenti e imprevedibili, si ritiene che lo scostamento dell'obiettivo si possa ridurre del 50% rispetto al dato numerico. Pertanto l'obiettivo si ritiene raggiunto all'70,5%	Si conferma valutazione 1° istanza
	2	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	1.942.437	5,0%		1.914.298,55	99%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	3	attività onde d'urto	inizio attività onde d'urto	n. trattamenti	Almeno 3 induratio penis	10,0%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	4	trattamenti laser interstiziale	inizio trattamenti laser interstiziale	n.trattamenti	Almeno 10 IPB o Ca prostata	5,0%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	Ottimizzazione utilizzo sale operatorie POR Ancona e PO Osimo	Progetto che preveda l'analisi dello status quo dell'utilizzo delle sale operatorie e l'eliminazione dell'inefficiente utilizzo sale operatorie (ad es. programmazione interventi, rispetto tempi di utilizzo, turni del personale dedicato)	Progetto da presentare entro il 30/09/2022 e report bimestrali a partire dal mese di settembre	vedi indicatore	5,0%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	6	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	5,0%	5,0%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	7	Autorizzazione Requisiti Minimi	Autovalutazione da parte della UO e scheda di prima valutazione	Entro il 30/09	vedi indicatore	5,0%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	8	Revisione Manuale della Sicurezza di Sala Operatoria	Aggiornamento delle procedure n. 3, 4, 5, 6, 9 e 10 identificate dalla Direzione Sanitaria	Documento di aggiornamento	Entro il 31/12/2022	5,0%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	9	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziali correlati alla gestione degli accessi vascolari profondi	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Chirurgico; 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		30,0%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	10	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziali correlati alla gestione del cateterismo vescicale	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Medico e Dipartimento Percorsi Geriatrici della Fragilità/Continuità e Riabilitativi 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		30,0%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
	11	Creazione di un pool di medici ricercatori su base dipartimentale	Individuazione del pool di medici ricercatori per l'attività di ricerca d'Istituto	Riunioni verbalizzate del pool dipartimentale su argomenti in linea con la strategia della Direzione Scientifica	Partecipazione di almeno 1 medico ad almeno 3 riunioni dipartimentali	10,0%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	12	Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	IFM	6,00	5,0%		4,00	67%	obiettivo parzialmente raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35,0%	30,0%				

'R3610800 - SOC DERMATOLOGIA / CENTRO DI RICERCA DERMATOLOGICA GERIATRICA		Responsabile : Dr. Giacchetti Direttore Dipartimento: dr. Boccoli		BUDGET 2022							
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Beni sanitari	Costo Beni sanitari /valore della Produzione	8,9%	10%	5%	0,05	146,4%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	2	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	789.301	10%		920.244,60	117%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	3	PDTA Carcinoma Squamocellulare	Partecipazione a riunioni congiunte con Clinica di dermatologia dell'ospedale riuniti al fine della produzione del documento	Presentazione documento	entro il 31/12/2022	2,5%			Obiettivo non valutabile	Obiettivo non valutabile	Si conferma valutazione 1° istanza
	4	Formazione sul territorio	Formazione rivolta ai MMG sulla diagnosi delle lesioni pigmentate	Effettuazione corso accreditato ECM	entro il 31/12/2022	2,5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	Ottimizzazione utilizzo sale operatorie POR Ancona e PO Osimo	Progetto che preveda l'analisi dello status quo dell'utilizzo delle sale operatorie e l'eliminazione dell'inefficiente utilizzo sale operatorie (ad es. programmazione interventi, rispetto tempi di utilizzo, turni del personale dedicato)	Progetto da presentare entro il 30/09/2022 e report bimestrali a partire dal mese di settembre	vedi indicatore	2,5%	5%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	6	Attività Microscopio Confocale	attività dermatologia con l'utilizzo del microscopio confocale	Effettuazione attività con microscopio	Almeno 50 procedure	5,0%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	7	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	5,0%			Obiettivo non raggiunto	Obiettivo non raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	8	Autorizzazione Requisiti Minimi	Autovalutazione da parte della UO e scheda di prima valutazione	Entro il 30/09	vedi indicatore	2,5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	9	Revisione Manuale della Sicurezza di Sala Operatoria	Aggiornamento delle procedure n. 3, 4, 5, 6, 9 e 10 identificate dalla Direzione Sanitaria	Documento di aggiornamento	Entro il 31/12/2022	5,0%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	10	PDTA Psoriasi	Avvio delle attività previste e discussioni dei casi trattati	Almeno 2 riunioni verbalizzate	Entro il 31/12/2022	5,0%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	11	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziali correlati alla gestione degli accessi vascolari profondi	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Chirurgico; 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da apposivi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		30%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	12	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziale correlato alla gestione del cateterismo vescicale	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Medico e Dipartimento Percorsi Geriatrici della Fragilità/Continuità e Riabilitativi 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da apposivi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		30%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Prospettiva dell'utente e stakeholder											
	13	Creazione di un pool di medici ricercatori su base dipartimentale	Individuazione del pool di medici ricercatori per l'attività di ricerca d'istituto	Riunioni verbalizzate del pool dipartimentale su argomenti in linea con la strategia della Direzione Scientifica	Partecipazione di almeno 1 medico ad almeno 3 riunioni dipartimentali	5,0%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	14	Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	IFM	5,00	10,0%		12,00	240%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35,0%	30%				

R3611400 - SOSD ANESTESIA		Responsabile : Dr. luorio Direttore Dipartimento: dr. Boccoli		BUDGET 2022							
SETTORE	PRO GR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIO NE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico- finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei beni sanitari	Costo Beni sanitari/valore della Produzione Ricoveri Dipartimento Chiurgico più Diabetologia (Piede diabetico)	3,82%	15%	5%	3,97%	96,3%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	2	Ottimizzazione utilizzo sale operatorie POR Ancona e PO Osimo	Progetto che preveda l'analisi dello status quo dell'utilizzo delle sale operatorie e l'eliminazione dell'inefficiente utilizzo sale operatorie (ad es. programmazione interventi, rispetto tempi di utilizzo, turni del personale dedicato)	Progetto da presentare entro il 30/09/2022 e report bimestrali a partire dal mese di settembre	vedi indicatore	5,0%	5%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	3	attività analgesia osimo	prosecuzione dell'attività di analgesia presso il PO Osimo	n. prestazioni	Almeno 1.000 prestazioni	5,0%		1.772	177,2%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	4	Attività di emodinamica	Partecipazione all'attività di emodinamica attraverso la chiusura del forame ovale	effettuazione attività in collaborazione con la UO Cardiologia	Almeno 8 sedute l'anno	5,0%	5,0%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	Ambulatorio pre- operandi	Riorganizzazione dell'ambulatorio pre-operandi	Report sulla riapertura dell'ambulatorio	Report con attestazione della DMPO	5,0%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	6	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviata all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	5,0%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	7	Autorizzazione Requisiti Minimi	Autovalutazione da parte della UO e scheda di prima valutazione	Entro il 30/09	vedi indicatore	5,0%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	8	Revisione Manuale della Sicurezza di Sala Operatoria	Aggiornamento delle procedure n. 3, 4, 5, 6, 9 e 10 identificate dalla Direzione Sanitaria	Documento di aggiornamento	Entro il 31/12/2022	5,0%	5,0%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	9	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziali correlati alla gestione degli accessi vascolari profondi	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Chirurgico; 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		25,0%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	10	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziale correlato alla gestione del cateterismo vescicale	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Medico e Dipartimento Percorsi Geriatrici della Fragilità/Continuità e Riabilitativi 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		25,0%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
	11	Creazione di un pool di medici ricercatori su base dipartimentale	Individuazione del pool di medici ricercatori per l'attività di ricerca d'Istituto	Riunioni verbalizzate del pool dipartimentale su argomenti in linea con la strategia della Direzione Scientifica	Partecipazione di almeno 2 medici ad almeno 3 riunioni dipartimentali	15,0%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						35,0%	30,0%				

'R3612000 - SOC CHIRURGIA GENERALE E PATOLOGIA CHIRURGICA AN		Responsabile : Dr. Boccoli Direttore Dipartimento: dr. Boccoli		BUDGET 2022							
SETTORE	PRO GR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Beni sanitari	Costo Beni sanitari /valore della Produzione	0,19	10%	5%	0,24	73,9%	In considerazione del fatto che gli obiettivi economici sono stati dati nel 2022 dopo l'emergenza Covid, che la stessa ha profondamente modificato gli assetti organizzativi dei vari reparti, che nel 2022 ci sono state dinamiche inflazionistiche consistenti e imprevedibili, si ritiene che lo scostamento dell'obiettivo si possa ridurre del 50% rispetto al dato numerico. Pertanto l'obiettivo si ritiene raggiunto all'86,95%	Si conferma valutazione 1° istanza
	2	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	5.230.332	5%		4.957.480,90	95%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1°
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	3	Ottimizzazione utilizzo sale operatorie POR Ancona e PO Osimo	Progetto che preveda l'analisi dello status quo dell'utilizzo delle sale operatorie e l'eliminazione dell'inefficiente utilizzo sale operatorie (ad es. programmazione interventi, rispetto tempi di utilizzo, turni del personale dedicato)	Progetto da presentare entro il 30/09/2022 e report bimestrali a partire dal mese di settembre	vedi indicatore	5%		Vedi SAL	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	4	Attuazione PDTA piede diabetico	Stesura del PDTA Monitoraggio sull'attuazione del PDTA	Entro il 30/06/2022 Report Analisi degli indicatori Entro il 31/12/2022	vedi indicatore	5%		Si veda documentazione UOSD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	Percorso per pazienti chirurgici complicati post-intervento	Presentazione del percorso in condivisione con l'UO Diagnostica per Immagini	presentazione documento	Entro il 30/09/2022	5%		Vedi SAL	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	6	Calcolosi delle vie biliari	percorso con l'UO Gastroenterologia per il trattamento della calcolosi delle vie biliari	presentazione documento	Entro il 31/10/2022	5%		Vedi SAL	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	7	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	5%	5%	Vedi SAL	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	8	Autorizzazione Requisiti Minimi	Autovalutazione da parte della UO e scheda di prima valutazione	Entro il 30/09	vedi indicatore	5%		Vedi SAL	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	9	Revisione Manuale della Sicurezza di Sala Operatoria	Aggiornamento delle procedure n. 3, 4, 5, 6, 9 e 10 identificate dalla Direzione Sanitaria	Documento di aggiornamento	Entro il 31/12/2022	5%	10%	Vedi SAL	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	10	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziali correlati alla gestione degli accessi vascolari profondi	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Chirurgico; 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		25%	La documentazione relativa alla procedura revisionata è all'interno della cartella obiettivi trasversali comparto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	11	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziale correlato alla gestione del cateterismo vescicale	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Medico e Dipartimento Percorsi Geriatrici della Fragilità/Continuità e Riabilitativi 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		25%	La documentazione relativa alla procedura revisionata è all'interno della cartella obiettivi trasversali comparto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
	12	Creazione di un pool di medici ricercatori su base dipartimentale	Individuazione del pool di medici ricercatori per l'attività di ricerca d'Istituto	Riunioni verbalizzate del pool dipartimentale su argomenti in linea con la strategia della Direzione Scientifica	Partecipazione di almeno 2 medici ad almeno 3 riunioni dipartimentali	10,0%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	13	Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	IFM	4,00	5,0%		0,00	0,0%	obiettivo non raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35,0%	30%				

R3613000 - SOC ODONTOSTOMAT OLOGIA AN		Responsabile : Prof Putignano Direttore Dipartimento: dr. Boccoli		BUDGET 2022							
SETTORE	PR OG R.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico- finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Beni sanitari	Costo Beni sanitari /valore della Produzione	19,62%	10%	5%	23%	82,0%	In considerazione del fatto che gli obiettivi economici sono stati dati nel 2022 dopo l'emergenza Covid, che la stessa ha profondamente modificato gli assetti organizzativi dei vari reparti, che nel 2022 ci sono state dinamiche inflazionistiche consistenti e imprevedibili, si ritiene che lo scostamento dell'obiettivo si possa ridurre del 50% rispetto al dato numerico. Pertanto l'obiettivo si ritiene raggiunto al 91%	Si conferma valutazione 1° istanza
	2	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	33.129,38	5%		35873,1003	108%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	3	Implementazione qualità assistenziale	Predisposizione procedura/protocollo diagnostico di patologie mucose rare del cavo orale nel paziente adulto	Produzione documento e avvio delle attività	Produzione documento entro il 31/10 e avvio delle attività con trattamento di almeno 5 pazienti entro il 31/12	7,5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	4	Implementazione modelli organizzativi assistenziali	Digitalizzazione e centralizzazione nell'esecuzione indagini Rx odontoiatriche di 1° livello (radiografie endorali)	Realizzazione dell'impianto Trattamento pazienti con nuova tecnologia	Entro il 31.10.22 Almeno 500 prestazioni	7,5%			obiettivo ragg	obiettivo raggiunto parzialmente al 50%	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	5,0%		Unico aggiorname nto il 19 dicembre	obiettivo raggiunto parzialmente al 50%	obiettivo raggiunto parzialmente al 50%	Si conferma valutazione 1° istanza
	6	Autorizzazione Requisiti Minimi	Autovalutazione da parte della UO e scheda di prima valutazione	Entro il 30/09	vedi indicatore	7,5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	7	Revisione Manuale della Sicurezza di Sala Operatoria	Aggiornamento delle procedure n. 3, 4, 5, 6, 9 e 10 identificate dalla Direzione Sanitaria	Documento di aggiornamento	Entro il 31/12/2022	7,5%	5%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	8	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziali correlati alla gestione degli accessi vascolari profondi	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Chirurgico; 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		30%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	9	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziale correlato alla gestione del cateterismo vescicale	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Medico e Dipartimento Percorsi Geriatrici della Fragilità/Continuità e Riabilitativi 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		30%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
	10	Creazione di un pool di medici ricercatori su base dipartimentale	Individuazione del pool di medici ricercatori per l'attività di ricerca d'Istituto	Riunioni verbalizzate del pool dipartimentale su argomenti in linea con la strategia della Direzione Scientifica	Partecipazione di almeno 1 medico ad almeno 3 riunioni dipartimentali	5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	11	Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	IFM	30	10%		50,90	170%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi											
		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35%	30%				

R3613900 - SOSD GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA		Responsabile : Dr. Tarsetti Direttore Dipartimento: dr. Boccoli			BUDGET 2022						
SETTORE	PRO GR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZI ONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario											
	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Beni sanitari	Costo Beni sanitari (al netto di somministrazione)/valore della Produzione	41%	10%	5%	55%	65,1%	In considerazione del fatto che gli obiettivi economici sono stati dati nel 2022 dopo l'emergenza Covid, che la stessa ha profondamente modificato gli assetti organizzativi dei vari reparti, che nel 2022 ci sono state dinamiche inflazionistiche consistenti e imprevedibili, si ritiene che lo scostamento dell'obiettivo si possa ridurre del 50% rispetto al dato numerico. Pertanto l'obiettivo si ritiene raggiunto all'82,55%	Si conferma valutazione 1° istanza
	2	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	369.808	10%		394.633,80	107%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	4	incremento dell'attività ambulatorio epatologico	aumento del numero di pazienti affetti da patologie epatiche e apertura ai pazienti trapiantati di fegato	numero pazienti	Almeno 50 pazienti trattati	2,5%		73,00	146%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	incremento delle procedure endoscopiche operative sulle vie biliari e pancreas	incremento delle procedure endoscopiche operative (ERCP) ed inizio attività ecoendoscopica	numero pazienti	Almeno 67 pazienti trattati	2,5%		88,00	131%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	6	incremento dell'attività ambulatorio malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI)	aumento del numero di pazienti affetti da MICI	numero pazienti	Almeno 70 pazienti trattati	2,5%	5,0%	84,00	120%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	7	apertura ambulatorio paziente stomizzato	Aggiornamento protocollo	Redazione del protocollo aggiornato	entro il 31/12/2022	2,5%	5,0%	obiettivo raggiunto		obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	8	Calcolosi delle vie biliari	percorso con l'UO Chirurgia per il trattamento della calcolosi delle vie biliari	presentazione documento	Entro il 31/10/2022	5%		obiettivo raggiunto		obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	9	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	5%		obiettivo raggiunto		obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	10	Autorizzazione Requisiti Minimi	Autovalutazione da parte della UO e scheda di prima valutazione	Entro il 30/09	vedi indicatore	5%		obiettivo raggiunto		obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	11	Revisione Manuale della Sicurezza di Sala Operatoria	Aggiornamento delle procedure n. 3, 4, 5, 6, 9 e 10 identificate dalla Direzione Sanitaria	Documento di aggiornamento	Entro il 31/12/2022	5%		obiettivo raggiunto		obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	12	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziali correlati alla gestione degli accessi vascolari profondi	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Chirurgico; 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		30%	obiettivo raggiunto		obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	13	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziale correlato alla gestione del cateterismo vescicale	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Medico e Dipartimento Percorsi Geriatrici della Fragilità/Continuità e Riabilitativi 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		25%	obiettivo raggiunto		obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
	14	Creazione di un pool di medici ricercatori su base dipartimentale	Individuazione del pool di medici ricercatori per l'attività di ricerca d'Istituto	Riunioni verbalizzate del pool dipartimentale su argomenti in linea con la strategia della Direzione Scientifica	Partecipazione di almeno 1 medico ad almeno 3 riunioni dipartimentali	10%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	15	Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	IFM	4,00	5%		0,00	0%	obiettivo non raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35%	30%				

DIPARTIMENTO MEDICO

R3610600 - SOC NEUROLOGIA/ CENTRO ALZHEIMER /		Responsabile : Dr. Pelliccioni Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli		BUDGET 2022								
SETTORE	PROG. R.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Beni sanitari	Costo Beni sanitari /valore della Produzione		10,6%	10,0%	5%	14,7%	52,6%	In considerazione del fatto che gli obiettivi economici sono stati dati nel 2022 dopo l'emergenza Covid, che la stessa ha profondamente modificato gli assetti organizzativi dei vari reparti, che nel 2022 ci sono state dinamiche inflazionistiche consistenti e imprevedibili, si ritiene che lo scostamento dell'obiettivo si possa ridurre del 50% rispetto al dato numerico. Pertanto l'obiettivo si ritiene raggiunto al 76,3%	Si conferma valutazione 1° istanza
	2	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale		1.890.496,88	10%		1.793.210,75	95%	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)												
	3	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	Mantenimento apertura 2022 Ambulatorio Neuropsicologico e di Stimolazione Cognitiva Ospedale di Osimo per pazienti affetti da demenza conclamata e Mild Cognitive Impairment.	Esecuzione di testistica psicometrica 1 e 2 livello in almeno 100 pazienti affetti da disturbo cognitivo in presenza o online ed almeno n. 130 training per disturbi cognitivi collettivi o individuale in presenza o online	Presenza nell'archivio dell' avvenuta esecuzione e registrazione di testistica psicometrica e trattamenti non farmacologici		5,0%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza	
	4	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	Sviluppo della metodica terapeutica di Neuromodulazione Sacrale	N di procedure di neuromodulazione sacrale	Almeno 13 procedure nel 2022		2,5%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza	
	5	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	Esecuzione di potenziali evocati sacrali	N di prestazioni di elettrofisiologia completa del pavimento pelvico	Almeno 45 prestazioni di elettromiografia di muscoli speciali nel 2022		10,0%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza	
	6	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali implementazione PDTA Parkinson (del. 1512 Regione 12.2019) : Riabilitazione robotica e tecnossistenza per pazienti affetti da malattia di Parkinson	- Attuazione di un percorso dedicato ai pazienti affetti da MP in collaborazione con UO Riabilitazione per la riabilitazione attraverso l'utilizzo di tecnologia di riabilitazione robotica - Creazione di un percorso per i pazienti affetti da malattia di Parkinson in collaborazione con la UOC di Riabilitazione attraverso l'utilizzo delle piattaforme di teleassistenza per la gestione delle problematiche motorie, logopedica e cognitiva.	Elaborazione di una procedura e di un percorso di riabilitazione robotica entro 30 settembre 2022 1) Stesura progetto 2) Avvio delle attività	Elaborazione Procedura Almeno 10 procedure nel 2022 1) Entro 30/09/22 2) Entro Novembre 2022		5,0%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza	
	7	Implementazione percorso assistenziale ICTUS/trombolisi tra le UUOD di Radiologia e Neurologia del Presidio di Ancona	Formazione pratica del personale TSM e Medico al fine della esecuzione di RM DWI e FLAIR nella datazione dell'ictus al risveglio o insorgenza non databile di deficit neurologico focale	N° esami eseguiti/N° richieste eleggibili studio RM DWI Flair nell'ICTUS non databile	Esecuzione di almeno il 80% di procedure RM DWI FLAIR in ictus al risveglio o insorgenza non databile		5,0%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza	
	8	Implementazione percorso assistenziale ICTUS/trombolisi tra le UUOD di Radiologia e Neurologia del Presidio di Ancona	Predisposizione documento condiviso EXTENSION di selezione con TC perfunzionale o RM DWI/PWI in pazienti da sottoporre a trombolisi/trombectomia	Predisposizione di un protocollo condiviso di validazione con 2 incontri preparatori entro ottobre 2022 per implementazione nella pratica clinica	Report entro il 31/12		5,0%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza	
	9	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore		2,5%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza	
	10	Autorizzazione Requisiti Minimi	Autovalutazione da parte della UO e scheda di prima valutazione	Entro il 30/09	vedi indicatore		2,5%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza	
	11	Partecipazione alle attività del PDTA piede diabetico	Incontro con il gruppo di lavoro per la discussione delle problematiche comuni	Entro il 31/12	vedi indicatore		2,5%	Si veda documentazione c/o UOQD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza	
	12	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziali correlati alla gestione degli accessi vascolari profondi	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Chirurgico; 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3- Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da apposivi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		20,0%	La documentazione relativa alla procedura revisionata è all'interno della cartella obiettivi trasversali comparto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza	
	13	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziale correlato alla gestione del cateterismo vescicale	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Medico e Dipartimento Percorsi Geriatrici della Fragilità/Continuità e Riabilitativi 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3- Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da apposivi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		20,0%	La documentazione relativa alla procedura revisionata è all'interno della cartella obiettivi trasversali comparto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza	
	14	Neuromodulazione sacrale	Adozione, controllo e settaggio degli stimolatori di nuova generazione Medtronic.	Mantenimento dei follow-up dei pazienti con impiantati di neurostimolatore sacrale.	Relazione su 10 casi di follow-up entro 31 dicembre 2022		15,0%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder												
	15	Creazione di un pool di medici ricercatori su base dipartimentale	Individuazione del pool di medici ricercatori per il supporto all'attività di ricerca d'istituto	Riunioni verbalizzate del pool dipartimentale su argomenti in linea con la strategia della Direzione Scientifica	Partecipazione di almeno 2 medici ad almeno 3 riunioni dipartimentali		5,0%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza	
	16	Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	IFM		25,00	10,0%		75,80	303%	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					35,0%	30,0%				

R3610100 - SOC CARDIOLOGIA/UT IC/TELECARDIOLO GIA AN		Responsabile : Dr. Antonicelli Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli		BUDGET 2022							
SETTORE	PRO GR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico- finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Beni sanitari	Costo Beni sanitari /valore della Produzione	0,18	10%	5%	0,24	60,7%	In considerazione del fatto che gli obiettivi economici sono stati dati nel 2022 dopo l'emergenza Covid, che la stessa ha profondamente modificato gli assetti organizzativi dei vari reparti, che nel 2022 ci sono state dinamiche inflazionistiche consistenti e imprevedibili, si ritiene che lo scostamento dell'obiettivo si possa ridurre del 50% rispetto al dato numerico. Pertanto l'obiettivo si ritiene raggiunto all'80,35%	Si conferma valutazione 1° istanza
	2	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	3.999.017	10%		4.038.717,70	101%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	3	Stabilizzazione dell'attività di miocardiostintigrafia finalizzata alla riduzione delle liste di attesa	Incremento delle miocardiostintigrafie	% di incremento	>5% rispetto al 2021	5,0%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	4	procedure di coronarografia	Incremento procedure di coronarografia	% di incremento	>10% rispetto al 2021	5,0%		Vedi SAL	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	Progetto Telemedicina/tecnossistenza sullo scompenso cardiaco	Presentazione di un protocollo sull'uso della Telemedicina/Tecnossistenza sullo scompenso cardiaco da presentare alla Regione Marche	Protocollo	entro il 30/09/2022	5,0%		Vedi SAL	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	6	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	2,5%	5%	Vedi SAL	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	7	Autorizzazione Requisiti Minimi	Autovalutazione da parte della UO e scheda di prima valutazione	Entro il 30/09	vedi indicatore	2,5%		Vedi SAL	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	8	Partecipazione alle attività del PDTA piede diabetico	Incontro con il gruppo di lavoro per la discussione delle problematiche comuni	Entro il 31/12	vedi indicatore	5,0%		Si veda documentazione c/o UOSD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	9	PDTA Scompenso Cardiaco	Costituzione del Gruppo di Lavoro coinvolto nella stesura del PDTA e inizio dell'attività	Formalizzazione del Gruppo di Lavoro costituito Almeno 2 incontri verbalizzati entro il 31/12/2022	vedi indicatore	5,0%		Si veda documentazione c/o UOSD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	10	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziali correlati alla gestione degli accessi vascolari profondi	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Chirurgico; 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area infermieristica		20%	La documentazione relativa alla procedura revisionata è all'interno della cartella obiettivi trasversali comparto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	11	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziali correlato alla gestione del cateterismo vescicale	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Medico e Dipartimento Percorsi Geriatrici della Fragilità/Continuità e Riabilitativi 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		20%	La documentazione relativa alla procedura revisionata è all'interno della cartella obiettivi trasversali comparto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	12	Miglioramento organizzativo	Stesura e/o aggiornamento piani di lavoro integrati per Infermieri, Oss e personale area tecnica	Presentazione/aggiornamento del documento	Entro il 30/09/2022 con sottoscrizione da parte di tutte le figure professionali coinvolte		20%	La documentazione relativa ai piani di lavoro è all'interno della cartella obiettivi trasversali comparto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
	13	Creazione di un pool di medici ricercatori su base dipartimentale	Individuazione del pool di medici ricercatori per il supporto all'attività di ricerca d'istituto	Riunioni verbalizzate del pool dipartimentale su argomenti in linea con la strategia della Direzione Scientifica	Partecipazione di almeno 2 medici ad almeno 3 riunioni dipartimentali	5,0%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	14	Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	IFM	20,00	10,0%		35,00	175%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35,0%	30%				

R3610900 - SOC MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA AN		Responsabile : Dr.ssa Tortato Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli		BUDGET 2022							
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Beni sanitari	Costo Beni sanitari /valore della Produzione	0,09	10,0%	5%	0,09	97,1%	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	2	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	1.794.997	10%		1.853.033,67	103%	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	3	Implementazione della telemedicina	arruolamento di pazienti diabetici al telemonitoraggio attraverso un nuovo applicativo (Smart Link) inserito nella cartella informatizzata SDC	numero di pazienti arruolati	≥ 35		5,0%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	4	Utilizzo di cellule mononucleate per il trattamento del piede ischemico	definizione procedura e arruolamento di pazienti con piede ischemico	presentazione procedura e numero di pazienti arruolati	Procedura da presentare entro il 30/06/2022 e n.2 10 pazienti arruolati		5,0%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto per la prima parte e Non Valutabile per la seconda parte	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	Ottimizzazione utilizzo sale operatorie POR Ancona e PO Osimo	Progetto che preveda l'analisi dello status quo dell'utilizzo delle sale operatorie e l'eliminazione dell'inefficiente utilizzo sale operatorie (ad es. programmazione interventi, rispetto tempi di utilizzo, turni del personale dedicato)	Progetto da presentare entro il 31/07/2022 e report bimestrali a partire dal mese di settembre	vedi indicatore		5,0%	Vedi SAL	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	6	Attuazione PDTA piede diabetico	Stesura del PDTA Monitoraggio sull'attuazione del PDTA	Entro il 30/06/2022 Report Analisi degli indicatori Entro il 31/12/2022	vedi indicatore		5,0%	Si veda documentazione c/o UOSO Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	7	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore		5,0%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	8	Autorizzazione Requisiti Minimi	Autovalutazione da parte della UO e scheda di prima valutazione	Entro il 30/09	vedi indicatore		5,0%	Vedi SAL	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	9	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziali correlati alla gestione degli accessi vascolari profondi	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Chirurgico; 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositivi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		20,0%	La documentazione relativa alla procedura revisionata è all'interno della cartella obiettivi trasversali comparto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	10	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziale correlato alla gestione del cateterismo vescicale	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Medico e Dipartimento Percorsi Geriatrici della Fragilità/Continuità e Riabilitativi 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositivi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		20,0%	La documentazione relativa alla procedura revisionata è all'interno della cartella obiettivi trasversali comparto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	11	Empowerment del paziente diabetico in terapia insulinica	Organizzazione di un evento per la formazione del paziente diabetico sulla educazione alimentare ed il conteggio dei carboidrati.	Progettazione e realizzazione dell'evento, da remoto e/o in presenza, ad opera del personale sanitario Dietista rivolto ai pazienti diabetici in trattamento.	Realizzazione di due edizioni dell'evento entro novembre 2022		20,0%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
	12	Creazione di un pool di medici ricercatori su base dipartimentale	Individuazione del pool di medici ricercatori per il supporto all'attività di ricerca d'istituto	Riunioni verbalizzate del pool dipartimentale su argomenti in linea con la strategia della Direzione Scientifica	Partecipazione di almeno 2 medici ad almeno 3 riunioni dipartimentali		5,0%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	13	Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	IFM	6,00	10,0%		18,00	300%	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					35,0%	30,0%			

R3611000 - SOC CLINICA MEDICA E GERIATRICA AN		Responsabile : Prof. Sarzani Direttore Dipartimento: Dott. Antoncelli			BUDGET 2022							
SETTORE	PROG. R.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Beni sanitari	Costo Beni sanitari /valore della Produzione		8,4%	10%	5%	10,2%	78,3%	In considerazione del fatto che gli obiettivi economici sono stati dati nel 2022 dopo l'emergenza Covid, che la stessa ha profondamente modificato gli assetti organizzativi dei vari reparti, che nel 2022 ci sono state dinamiche inflazionistiche consistenti e imprevedibili, si ritiene che lo scostamento dell'obiettivo si possa ridurre del 50% rispetto al dato numerico. Pertanto l'obiettivo si ritiene raggiunto all'89,15%	Si conferma valutazione 1° istanza
	2	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	2.921.845		10%		3.141.897,70	108%	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)												
	3	Coordinamento ambulatorio Follow-up paziente Covid	Presa in carico del paziente anziano post covid	Attività per l'avvio dell'ambulatorio/presa in carico pazienti post Covid anche non ricoverato	Definizione protocollo da condividere con MMG		5,0%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	4	Approccio ecoguidato al paziente ricoverato	Stesura del protocollo per ecografia polmonare bedside all'ingresso del paziente anziano ricoverato	Vedi azione	entro il 31/10/2022		5,0%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	Gestione anziano con COVID-19	presa in carico di pazienti Covid	Apertura reparto covid a seconda delle necessità e gestione del paziente	Relazione al 31/12/2022		5,0%	15,0%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	6	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore		2,5%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	7	Autorizzazione Requisiti Minimi	Autovalutazione da parte della UO e scheda di prima valutazione	Entro il 30/09	vedi indicatore		2,5%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	8	PDTA Sepsì	Condivisione PDTA Individuazione Indicatori Presentazione indicatori alla Direzione	Entro il 31/10 Entro il 31/10 Entro il 31/12	vedi indicatore		5,0%	Si veda documentazione c/o UOSD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza	
	9	PDTA Scompenso Cardiaco	Costituzione del Gruppo di Lavoro coinvolto nella stesura del PDTA e inizio dell'attività	Formalizzazione del Gruppo di Lavoro costituito Almeno 2 incontri verbalizzati entro il 31/12/2022	vedi indicatore		5,0%	Si veda documentazione c/o UOSD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza	
	10	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziali correlati alla gestione degli accessi vascolari profondi	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Chirurgico; 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		25,0%	La documentazione relativa alla procedura revisionata è all'interno della cartella obiettivi trasversali comparto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza	
	11	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziale correlato alla gestione del caterismo vescicale	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Medico e Dipartimento Percorsi Geriatrici della Fragilità/Continuità e Riabilitativi 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		25,0%	La documentazione relativa alla procedura revisionata è all'interno della cartella obiettivi trasversali comparto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder												
	12	Creazione di un pool di medici ricercatori su base dipartimentale	Individuazione del pool di medici ricercatori per il supporto all'attività di ricerca d'Istituto	Riunioni verbalizzate del pool dipartimentale su argomenti in linea con la strategia della Direzione Scientifica	Partecipazione di almeno 2 medici ad almeno 3 riunioni dipartimentali		15,0%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					35,0%	30,0%				

'R3611100 - SOC NEFROLOGIA E DIALISI AN		Responsabile : Dr.ssa Lenzi Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli		BUDGET 2022							
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIO NE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico- finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Beni sanitari	Costo Beni sanitari /valore della Produzione	0,22	10%	5%	0,19	155,7%	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	2	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	2.247.460	5%		2.665.358	119%	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	3	Potenziamento ambulatorio Marea con PDTA gestione MRC terminale in trattamento conservativo/interruzione terapia sostitutiva dialitica a domicilio in collaborazione con MMG e Equipe cure palliative	formalizzazione del protocollo operativo condiviso con Nefrologo-MMG-Equipe Cure Palliative	1) documento di formalizzazione (procedura aziendale operativa nell'Istituto con presa in carico domiciliare; 2) N° pz inseriti nel percorso	formalizzazione procedura tra tutte le parti entro il 30/09/2022 almeno 1 entro il 31/12	5,0%	10,0%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	4	Sviluppo della telemedicina in area nefrologica	organizzazione e attivazione del servizio di videodialisi a domicilio del paziente, presso reparti Covid e presso PO Osimo	1) formalizzazione del protocollo, 2) report di monitoraggio attivazione inserimento di almeno 2 pazienti in dialisi domiciliare, gestione N° dialisi presso reparti Covid e/o presso PO Osimo	1) entro il 31/07/2022; 2) immissione del primo paziente entro il 31/12/2022	5,0%	5%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto per la prima parte e Non Valutabile per la seconda parte	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	Biopsia Renale nel paziente anziano fragile pluricomorbido in collaborazione con UO Diagnostica Immagini-Radiologia Interventistica	formalizzazione del protocollo operativo, attivazione e monitoraggio	1) documento di formalizzazione identificazione pazienti idonei, 2) report di monitoraggio	1) entro il 31/07/2022, 2) almeno 1 paziente entro il 31/12/2022	5,0%		Vedi SAL	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	6	Sindrome Long Covid nei pazienti anziani fragili ospedalizzati IRCCS INRCA 2020-2022 con MRC preesistente o con AKI in vaccinati e non.	monitoraggio secondo protocollo operativo	elaborazione report di monitoraggio	report entro il 31/12/2022	5,0%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	7	Partecipazione alle attività del PDTA piede diabetico	Incontro con il gruppo di lavoro per la discussione delle problematiche comuni	Entro il 31/12	vedi indicatore	5,0%		Si veda documentazione c/o UOSD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	8	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	5,0%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	9	Autorizzazione Requisiti Minimi	Autovalutazione da parte della UO e scheda di prima valutazione	Entro il 30/09	vedi indicatore	5,0%		Vedi SAL	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	10	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziali correlati alla gestione degli accessi vascolari profondi	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Chirurgico; 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		25,0%	La documentazione relativa alla procedura revisionata è all'interno della cartella obiettivi trasversali comparto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	11	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziali correlato alla gestione del cateterismo vescicale	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Medico e Dipartimento Percorsi Geriatrici della Fragilità/Continuità e Riabilitativi 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		25,0%	La documentazione relativa alla procedura revisionata è all'interno della cartella obiettivi trasversali comparto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
	12	Creazione di un pool di medici ricercatori su base dipartimentale	Individuazione del pool di medici ricercatori per attività di ricerca d'Istituto	Riunioni verbalizzate del pool dipartimentale su argomenti in linea con la strategia della Direzione Scientifica	Partecipazione di almeno 1 medico ad almeno 3 riunioni dipartimentali	10,0%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	13	Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	IFM	4,00	5,0%		0,00	0%	Obiettivo non raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi											
		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35,0%	30,0%				

R3651000 - MEDICINA INTERNA OSIMO		Responsabile : Dr. Burattini Direttore Dipartimento: dr. Antonelli		BUDGET 2022							
SETTORE	PRO GR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Beni sanitari	Costo Beni sanitari /valore della Produzione	0,10	10%	5%	14,8%	56,2%	In considerazione del fatto che gli obiettivi economici sono stati dati nel 2022 dopo l'emergenza Covid, che la stessa ha profondamente modificato gli assetti organizzativi dei vari reparti, che nel 2022 ci sono state dinamiche inflazionistiche consistenti e imprevedibili, si ritiene che lo scostamento dell'obiettivo si possa ridurre del 50% rispetto al dato numerico. Pertanto l'obiettivo si ritiene raggiunto all'78,1%	Si conferma valutazione 1° istanza
	2	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	3.099.164	10%		2.970.642,95	95,9%	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	3	Adesione alla rete di terapia trasfusionale per la gestione dei salassi in regime ambulatoriale attivata dal Dip.Med. Trasn. Marche	messi a disposizione del Dh sede di Osimo per esecuzione di salassi ed emotrasfusioni	report semestrale dell'attività	almeno 70 salassi/anno	5,0%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	4	Percorso del paziente con emorragia digestiva con particolare riguardo ai pazienti in trattamento con DOAC	Trattamento pazienti con DOAC	N. pazienti trattati	almeno 15 pazienti/anno	5,0%		9,00	60,0%	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	Collaborazione con la UO Patologia Clinica, Università degli Studi di Ancona per prosecuzione studio su micro RNA circolanti nei pazienti con sepsi/shock settico	Trattamento pazienti con sepsi/shock settico	N. pazienti trattati	almeno 20 pazienti/anno	5,0%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	6	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	2,5%	5%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto parzialmente al 50%	Si conferma valutazione 1° istanza
	7	Autorizzazione Requisiti Minimi	Autovalutazione da parte della UO e scheda di prima valutazione	Entro il 30/09	vedi indicatore	2,5%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	8	PDAT Scompenso Cardiaco	Costituzione del Gruppo di Lavoro coinvolto nella stesura del PDAT e inizio dell'attività	Formalizzazione del Gruppo di Lavoro costituito Almeno 2 incontri verbalizzati entro il 31/12/2022	vedi indicatore	5,0%		Si veda documentazione c/o UOSD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	9	PDAT Sepsis	Condivisione PDAT Individuazione Indicatori Presentazione indicatori alla Direzione	Entro il 31/10 Entro il 31/10 Entro il 31/12	vedi indicatore	5,0%		Si veda documentazione c/o UOSD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	10	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziali correlati alla gestione degli accessi vascolari profondi	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Chirurgico; 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		30%	La documentazione relativa alla procedura revisionata è all'interno della cartella obiettivi trasversali comparto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	11	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziale correlato alla gestione del cateterismo vescicale	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Medico e Dipartimento Percorsi Geriatrici della Fragilità/Continuità e Riabilitativi 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		30%	La documentazione relativa alla procedura revisionata è all'interno della cartella obiettivi trasversali comparto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
	12	Creazione di un pool di medici ricercatori su base dipartimentale	Individuazione del pool di medici ricercatori per il supporto all'attività di ricerca d'Istituto	Riunioni verbalizzate del pool dipartimentale su argomenti in linea con la strategia della Direzione Scientifica	Partecipazione di almeno 1 medico ad almeno 3 riunioni dipartimentali	5%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	13	Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	IFM	4,00	10%		16,00	400%	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35%	30%				

'R3651290 - PNEUMOLOGICI A OSIMO		Responsabile : Dott. Rosati Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli		BUDGET 2022							
SETTORE	PROG R.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZI ONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico- finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Beni sanitari	Costo Beni sanitari /valore della Produzione	9,8%	10%	5%	11%	88,1%	In considerazione del fatto che gli obiettivi economici sono stati dati nel 2022 dopo l'emergenza Covid, che la stessa ha profondamente modificato gli assetti organizzativi dei vari reparti, che nel 2022 ci sono state dinamiche inflazionistiche consistenti e imprevedibili, si ritiene che lo scostamento dell'obiettivo si possa ridurre del 50% rispetto al dato numerico. Pertanto l'obiettivo si ritiene raggiunto al 94,05%	Si conferma valutazione 1° istanza
	2	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	1.528.945	10%		1.491.848,40	98%	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	3	Controllo delle riacutizzazioni in pazienti affetti da BPCO afferenti all'ambulatorio di Pneumologia	Presa in carico dei pazienti BPCO con fenotipo riacutizzatore	N. riacutizzazioni ed ospedalizzazioni per almeno 20 pazienti	N. <=1		5%	5%		Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	4	Valutazione del miglioramento della sonnolenza diurna in pazienti con OSAS di grado moderato-severo complianti al trattamento con C-PAP	Compilazione scala di Epworth al basale e dopo 6 mesi dall'inizio del trattamento	Riduzione del punteggio della scala di Epworth per almeno 50 pazienti	Score < 10		5%			Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	Biopsie in corso di broncoscopia	N. di biopsie effettuate	Almeno 12	Entro il 31/12/2022		5%	Vedi SAL		Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	6	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore		2,5%	5%		Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	7	Autorizzazione Requisiti Minimi	Autovalutazione da parte della UO e scheda di prima valutazione	Entro il 30/09	vedi indicatore		5,0%	5%		Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	8	PDTA BPCO	Costituzione del Gruppo di Lavoro coinvolto nella stesura del PDTA e inizio dell'attività	Formalizzazione del Gruppo di Lavoro costituito Almeno 2 incontri verbalizzati entro il 31/12/2022	vedi indicatore		5%	Si veda documentazione c/o UOSD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento		Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	9	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziali correlati alla gestione degli accessi vascolari profondi	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Chirurgico; 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		25%	La documentazione relativa alla procedura revisionata è all'interno della cartella obiettivi trasversali comparto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	10	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziale correlato alla gestione del cateterismo vescicale	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Medico e Dipartimento Percorsi Geriatrici della Fragilità/Continuità e Riabilitativi 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		25%	La documentazione relativa alla procedura revisionata è all'interno della cartella obiettivi trasversali comparto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
	11	Creazione di un pool di medici ricercatori su base dipartimentale	Individuazione del pool di medici ricercatori per il supporto all'attività di ricerca d'istituto	Riunioni verbalizzate del pool dipartimentale su argomenti in linea con la strategia della Direzione Scientifica	Partecipazione di almeno 2 medici ad almeno 3 riunioni dipartimentali		5%			Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	12	Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	IFM	6,00	10%		4,00	66,7%	Obiettivo parzialmente raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Sviluppo e innovazione dei processi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35%	30%				

'R3651800 - PRONTO SOCCORSO OSIMO		Responsabile : Dr. Pansoni Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli			BUDGET 2022						
SETTORE	PRO GR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Beni sanitari	Costo Beni sanitari /valore della Produzione	57%	10%	5%	53%	108,0%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	2	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	365.530	10%		415.879,70	114%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	3	2- Fast track oculistico	Applicazione della procedura aziendale	Percentuale di applicazione della procedura	Almeno l'80% dei pazienti che rientrano nei parametri della procedura a partire dal 1 luglio	5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	4	3- Fast track ortopedico	Applicazione della procedura aziendale	Percentuale di applicazione della procedura	60% dei pazienti che rientrano nei parametri della procedura a partire dal 1 luglio	3%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	Miglioramento qualità assistenziale	Tempestività della risposta all'utente a seconda del codice di gravità assegnato al paziente	Miglioramento della percentuale di rispetto della tempistica della risposta per codice arancione rispetto al 2021	Miglioramento del 20%	10%	15%	13%	66%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	6	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	2,5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	7	Autorizzazione Requisiti Minimi	Autovalutazione da parte della UO e scheda di prima valutazione	Entro il 30/09	vedi indicatore	5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	8	PDTA BPCO	Costituzione del Gruppo di Lavoro coinvolto nella stesura del PDTA e inizio dell'attività	Formalizzazione del Gruppo di Lavoro costituito Almeno 2 incontri verbalizzati entro il 31/12/2022	vedi indicatore	5%		Si veda documentazione c/o UOSD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	9	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziali correlati alla gestione degli accessi vascolari profondi	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Chirurgico; 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		25%	La documentazione relativa alla procedura revisionata è all'interno della cartella obiettivi trasversali comparto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	10	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziale correlato alla gestione del cateterismo vescicale	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Medico e Dipartimento Percorsi Geriatrici della Fragilità/Continuità e Riabilitativi 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		25%	La documentazione relativa alla procedura revisionata è all'interno della cartella obiettivi trasversali comparto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
	11	Creazione di un pool di medici ricercatori su base dipartimentale	Individuazione del pool di medici ricercatori per il supporto all'attività di ricerca d'Istituto	Riunioni verbalizzate del pool dipartimentale su argomenti in linea con la strategia della Direzione Scientifica	Partecipazione di almeno 1 medico ad almeno 3 riunioni dipartimentali	15%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35%	30%				

DIPARTIMENTO PERCORSI GERIATRICI

R2410700 - CENTRO STUDI E RICERCHE ECONOMICO SOCIALI PER L'INVECCHIAMENTO		Responsabile : Dr. Lamura Direttore Dipartimento: prof. Cherubini			BUDGET 2022							
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLL O DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL Cdr	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario	1	Area IRCCS - Capacità di attrarre risorse	partecipazione a bandi di ricerca a progetto	Partecipazione alla preparazione della proposta di partenariato esteso in materia di "Conseguenze e sfide dell'invecchiamento" (tematica 8), in risposta al bando del MUR inerente le Iniziative di Sistema della Missione 4 Componente 2 del PNRR	relazione sull'attività svolta	20%	20%	Vedi SAL	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza	
	2	Area IRCCS - Ricerca corrente	Implementazione attività come da gantt di progetto	Implementazione attività anno corrente	relazione sullo stato dell'arte dell'implementazione delle attività	15%	20%	Sono presenti due schede di progetto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)												
Prospettiva dell'utenza e stakeholder												
	3	Area IRCCS - Produzione Scientifica	produzione Scientifica	IFM	100	15%	15%	139,60	139,6%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza	
	4	Creazione di un pool di medici ricercatori su base dipartimentale	Individuazione del pool di ricercatori per l'attività di ricerca d'Istituto	Riunioni verbalizzate del pool dipartimentale su argomenti in linea con la strategia della Direzione Scientifica	Partecipazione di almeno 2 ricercatori ad almeno 3 riunioni dipartimentali	15%	15%	Pervenuti tutti i verbali	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35%	30%					

[illegible]

'R2410300 - SOC CENTRO NEUROBIOLOGIA DELL'INVECCHIAMENTO AN		Responsabile : Prof. Conti Direttore Dipartimento: prof. Cherubini		BUDGET 2022							
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
<i>Economico-finanziario</i>											
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>											
	1	Attività scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	IFM	40,00	20%	30%	41,12	103%	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	2	PNRR	Partecipazione attiva PNRR	Partecipazione alle iniziative della Rete PNRR	Report sull'attività svolta	15%	20%	Vedi "Report_Rete_PNRR"	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	3	Reperimento Fondi di Ricerca	Partecipazione a bandi competitivi	Sottomissione progetti	Almeno 2	15%	20%	Vedi "Relazione SAL Generale"	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	4	Creazione di un pool di medici ricercatori su base dipartimentale	Individuazione del pool di ricercatori per l'attività di ricerca d'Istituto	Riunioni verbalizzate del pool dipartimentale su argomenti in linea con la strategia della Direzione Scientifica	Partecipazione di almeno 2 ricercatori ad almeno 3 riunioni dipartimentali	15%		Pervenuti i 3 verbali	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>											
<i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i>		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35%	30%				

'R3610700 - SOC MEDICINA RIABILITATIVA AN		Responsabile : Dr. Riccardi Direttore Dipartimento: prof. Cherubini			BUDGET 2022						
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Beni sanitari	Costo Beni sanitari / Valore della Produzione	5,42%	10%	5%	6,2%	84,8%	In considerazione del fatto che gli obiettivi economici sono stati dati nel 2022 dopo l'emergenza Covid, che la stessa ha profondamente modificato gli assetti organizzativi dei vari reparti, che nel 2022 ci sono state dinamiche inflazionistiche consistenti e imprevedibili, si ritiene che lo scostamento dell'obiettivo si possa ridurre del 50% rispetto al dato numerico. Pertanto l'obiettivo si ritiene raggiunto all'92,4%	Si conferma valutazione 1° istanza
	2	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	1.475.583	10%		1446216,30	98%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	3	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali Implementazione PDTA Parkinson (del. 1512 Regione 12.2019) : Riabilitazione robotica e tecnoassistenza per pazienti affetti da malattia di Parkinson	- Attuazione di un percorso dedicato ai pazienti affetti da MP in collaborazione con UO Neurologia per la riabilitazione attraverso l'utilizzo di tecnologia di riabilitazione robotica - Creazione di un percorso per i pazienti affetti da malattia di Parkinson in collaborazione con la UOC di Neurologia attraverso l'utilizzo delle piattaforme di teleassistenza per la gestione delle problematiche motorie, logopedica e cognitiva.	Elaborazione di una procedura e di un percorso di riabilitazione robotica entro 30 settembre 2022 1) Stesura progetto 2) Avvio delle attività	Elaborazione Procedura Almeno 10 procedure nel 2022 1) Entro 30/09/22 2) Entro Novembre 2022	2,5%		Documentazione completa "Obiettivo 3"	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	4	Implementazione della presa in carico dei pazienti con osteoporosi nell'ottica di un potenziamento dell'attività ambulatoriale di implementazione della presa in carico dei	Creazione di un percorso ambulatoriale terapeutico per il trattamento infusivo con acido zoledronico	1) Stesura del progetto 2) Presa in carico dei pazienti	1) Entro 31/07/2022 2) Almeno 15 procedure nel 2022	2,5%		Procedure presenti in "obiettivo 4 - Ambulatorio il livello"	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	pazienti con problematiche di incompetenza sfinteriale e di dolore pelvico cronico nell'ottica di contenimento delle risorse ospedaliere	Identificazione dei pazienti che possono usufruire del sistema FENIX LIBERTY con creazione di un percorso dedicato presso l'ambulatorio di riabilitazione del pavimento pelvico.	1) Stesura del progetto 2) Presa in carico dei pazienti	1) Entro 30/09/2022 2) Almeno 15 procedure nel 2022	5,0%		Vedi SAL	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	6	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	5,0%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	7	Autorizzazione Requisiti Minimi	Autovalutazione da parte della UO e scheda di prima valutazione	Entro il 30/09	vedi indicatore	5,0%		Vedi SAL	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	8	Partecipazione alle attività del PDTA piede diabetico	Incontro con il gruppo di lavoro per la discussione delle problematiche comuni	Entro il 31/12	vedi indicatore	2,5%		Vedi SAL	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	9	PDTA Scopenso Cardiaco	Costituzione del Gruppo di Lavoro coinvolto nella stesura del PDTA e inizio dell'attività	Formalizzazione del Gruppo di Lavoro costituito Almeno 2 incontri verbalizzati entro il 31/12/2022	vedi indicatore	2,5%		Si veda documentazione c/o UOSO Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	10	PDTA BPCO	Costituzione del Gruppo di Lavoro coinvolto nella stesura del PDTA e inizio dell'attività	Formalizzazione del Gruppo di Lavoro costituito Almeno 2 incontri verbalizzati entro il 31/12/2022	vedi indicatore	2,5%		Si veda documentazione c/o UOSO Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	11	PDTA Parkinson	Costituzione del Gruppo di Lavoro coinvolto nella stesura del PDTA e inizio dell'attività	Formalizzazione del Gruppo di Lavoro costituito Almeno 2 incontri verbalizzati entro il 31/12/2022	vedi indicatore	2,5%		Si veda documentazione c/o UOSO Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	12	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziali correlati alla gestione degli accessi vascolari profondi	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Chirurgico; 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3- Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		20%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	13	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziale correlato alla gestione del cateterismo vescicale	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Medico e Dipartimento Percorsi Geriatrici della Fragilità/Continuità e Riabilitativi 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3- Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		20%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	14	Implementazione della presa in carico riabilitativa attraverso strumentazione robotica	Utilizzo di strategie a supporto della presa in carico dell'utente degente anche con sistemi di riabilitazione robotica	Numero dei pazienti trattati con apparecchiature robotiche in dotazione al presidio	Almeno il 60 % dei degenti totali		25%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
	15	Creazione di un pool di medici ricercatori su base dipartimentale	individuazione del pool di medici ricercatori per l'attività di ricerca d'istituto	Riunioni verbalizzate del pool dipartimentale su argomenti in linea con la strategia della Direzione Scientifica	Partecipazione di almeno 2 medici ad almeno 3 riunioni dipartimentali	5,0%		Documenntazione inviata da Cherubini in data 27/12/2022	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	16	Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	IFM		20,00	10,0%	38,00	190%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi											
		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					35%	30%			

R3611300 - UOSD Degenza Post Acuzie Residenza Dorica		Responsabile : Dr. Guidi Direttore Dipartimento: Prof. Cherubini		BUDGET 2022							
SETTORE	PROG. R.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZ A	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	1	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	1.522.634,00	20%		1.484.983,72	98%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	2	Definizione del fabbisogno funzionale dei pazienti ricoverati presso la UO dpa.	Effettuazione di richiesta informatizzata tramite SIS, dopo valutazione clinica, di richiesta di trattamento estensivo e/o indicazioni logopediche.	Valutazione numerica di richieste effettuate sul totale dei pazienti, di trattamenti estensivi, di sola mobilitazione, di indicazioni logopediche.	Report dell'attività effettuata dall'1 gennaio 2022 al 30 settembre 2022.	5%		Vedi SAL	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	3	Riduzione degenza media	Riduzione del 15% della degenza media dei pazienti ricoverati	vedi azione	vedi indicatore	10%		anno 2021 DM 26,74 anno 2022 DM 18,3 variazione -31,6%	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	Dimissione presso Residenza Dorica o altra struttura	Elaborazione percorso di dimissione del paziente ricoverato per trasferimento presso Residenza Dorica o altra struttura	Elaborazione del percorso da condividere con la DMPO	Entro il 30/09/2022	5%		Vedi SAL	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	6	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	5%		Vedi SAL	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	7	Autorizzazione Requisiti Minimi	Autovalutazione da parte della UO e scheda di prima valutazione	Entro il 30/09	vedi indicatore	5%		Vedi SAL	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	8	PDTA Scompenso Cardiaco	Costituzione del Gruppo di Lavoro coinvolto nella stesura del PDTA e inizio dell'attività	Formalizzazione del Gruppo di Lavoro costituito Almeno 2 incontri verbalizzati entro il 31/12/2022	vedi indicatore	5%		Si veda documentazione c/o UOSD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	9	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziali correlati alla gestione degli accessi vascolari profondi	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Chirurgico; 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		35%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	10	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziale correlato alla gestione del cateterismo vescicale	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Medico e Dipartimento Percorsi Geriatrici della Fragilità/Continuità e Riabilitativi 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		35%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
	11	Creazione di un pool di medici ricercatori su base dipartimentale	Individuazione del pool di medici ricercatori per l'attività di ricerca d'istituto	Riunioni verbalizzate del pool dipartimentale su argomenti in linea con la strategia della Direzione Scientifica	Partecipazione di almeno 1 medico ad almeno 3 riunioni dipartimentali	10%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35%	30%				

'R3611800 - UOC Geriatria/Centro di Ricerca per l'invecchiamento		Responsabile : Dr. Cherubini Direttore Dipartimento: dr. Cherubini		BUDGET 2022							
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Beni sanitari	Costo Beni sanitari /valore della Produzione	22%	10%	5%	30%	64,0%	In considerazione del fatto che gli obiettivi economici sono stati dati nel 2022 dopo l'emergenza Covid, che la stessa ha profondamente modificato gli assetti organizzativi dei vari reparti, che nel 2022 ci sono state dinamiche inflazionistiche consistenti e imprevedibili, si ritiene che lo scostamento dell'obiettivo si possa ridurre del 50% rispetto al dato numerico. Pertanto l'obiettivo si ritiene raggiunto all'82%	Si conferma valutazione 1° istanza
	2	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	2.475.700	10%		2.348.627,20	95%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	3	Creazione di un ambulatorio per la revisione farmacologica nell'anziano e la riduzione della polifarmacologia	Creazione di un gruppo di lavoro per la revisione della letteratura e la stesura di un protocollo	stesura protocollo e attivazione di visite ambulatoriali	Stesura protocollo entro il 31/10/2022 Attivazione di almeno due visite ambulatoriali a settimana a partire da novembre 2022		5%	Vedi SAL	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	4	Implementazione percorso assistenziale ICTUS/trombolisi tra le UUOO di Geriatria AGU, Radiologia e Neurologia del Presidio di Ancona	Richiesta tempestiva ed Esecuzione di RM DWI e FLAIR nella datazione dell'ictus al risveglio o insorgenza non databile di deficit neurologico focale	numero di procedure eseguite con RM-DWI/FLAIR	Almeno 80% di procedure RM DWI FLAIR eseguite (con eventuale trombolisi) in ictus al risveglio o insorgenza non databile		2,5%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore		2,5%	Vedi SAL	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	6	Autorizzazione Requisiti Minimi	Autovalutazione da parte della UO e scheda di prima valutazione	Entro il 30/09	vedi indicatore		5%	Vedi SAL	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	7	PDTA Scopenso Cardiaco	Costituzione del Gruppo di Lavoro coinvolto nella stesura del PDTA e inizio dell'attività	Formalizzazione del Gruppo di Lavoro costituito Almeno 2 incontri verbalizzati entro il 31/12/2022	vedi indicatore		2,5%	Si veda documentazione c/o UOSD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	8	PDTA BPCO	Costituzione del Gruppo di Lavoro coinvolto nella stesura del PDTA e inizio dell'attività	Formalizzazione del Gruppo di Lavoro costituito Almeno 2 incontri verbalizzati entro il 31/12/2022	vedi indicatore		2,5%	Si veda documentazione c/o UOSD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	9	PDTA Sepsis	Aggiornamento e Condivisione PDTA Individuazione indicatori Presentazione indicatori alla Direzione	Entro il 31/10 Entro il 31/10 Entro il 31/12	vedi indicatore		5%	Si veda documentazione c/o UOSD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	10	Diminuzione Percentuale Ricoveri da PPI	Diminuzione dei ricoverati del Presidio di Ancona provenienti dal PPI	2022 rispetto al 2021	-5%	5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	11	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziali correlati alla gestione degli accessi vascolari profondi	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Chirurgico; 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		30%	La documentazione relativa alla procedura revisionata è all'interno della cartella obiettivi trasversali comparto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	12	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziali correlati alla gestione del cateterismo vescicale	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Medico e Dipartimento Percorsi Geriatrici della Fragilità/Continuità e Riabilitativi 2- Presentazione programma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		35%	La documentazione relativa alla procedura revisionata è all'interno della cartella obiettivi trasversali comparto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
	13	Creazione di un pool di medici ricercatori su base dipartimentale	Individuazione del pool di medici ricercatori per l'attività di ricerca d'istituto	Riunioni verbalizzate del pool dipartimentale su argomenti in linea con la strategia della Direzione Scientifica	Partecipazione di almeno 3 medici ad almeno 3 riunioni dipartimentali		5,0%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	14	Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	IFM	90,00	10,0%		116,79	130%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					35%	30%			

R3630500 - UOSD RSR Appignano		Responsabile : Dr. Giannandrea Direttore Dipartimento: Prof. Cherubini		BUDGET 2022							
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Beni sanitari	Costo Beni sanitari /valore della Produzione	5,0%	10%	5%	6,6%	68,8%	In considerazione del fatto che gli obiettivi economici sono stati dati nel 2022 dopo l'emergenza Covid, che la stessa ha profondamente modificato gli assetti organizzativi dei vari reparti, che nel 2022 ci sono state dinamiche inflazionistiche consistenti e imprevedibili, si ritiene che lo scostamento dell'obiettivo si possa ridurre del 50% rispetto al dato numerico. Pertanto l'obiettivo si ritiene raggiunto all'84,4%	Si conferma valutazione 1° istanza
	2	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	693.492	10%		625.547,18	90,2%	Obiettivo parzialmente raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	3	Sensibilizzare il personale della RSR Treia al fine di ridurre l'impatto delle ICA	produzione di un opuscolo informativo per la definizione e applicazione di buone pratiche di assistenza	Diffusione dell'opuscolo a tutto il personale della RSR con sottoscrizione di apposita lista di distribuzione	entro il 31/12/2022	5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	4	Progettazione di un nuovo servizio di riabilitazione ambulatoriale per i disturbi del pavimento pelvico	Pianificazione e descrizione delle attività necessarie per l'attivazione del servizio	Presentazione del progetto da inviare alla DMPO e Direzione sanitaria	entro il 31/12/2022	5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	10%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	6	Autorizzazione Requisiti Minimi	Autovalutazione da parte della UO e scheda di prima valutazione	Entro il 30/09	vedi indicatore	10%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	7	Sensibilizzare il caregiver al fine di ridurre l'insorgenza delle LDD a domicilio	Produzione di una brochure informativa per la prevenzione delle LDD da consegnare al caregiver per il rientro a domicilio	Brochure da inviare alla DMPO e Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2022	5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	8	Ripresa attività ambulatoriale	Effettuazioni visite generali a partire dal mese di settembre	Almeno 6 visite a settimana	vedi indicatore	10%		28,00	29%	Obiettivo parzialmente raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	9	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziali correlati alla gestione degli accessi vascolari profondi	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Chirurgico; 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		25%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	10	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziale correlato alla gestione del cateterismo vescicale	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Medico e Dipartimento Percorsi Geriatrici della Fragilità/Continuità e Riabilitativi 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		25%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	11	1 Organizzazione e messa in pratica di un nuovo paradigma di presa in carico dell'utente afferente al servizio di Appignano/Treia attraverso il sostegno della teleriabilitazione, dei recall telefonici e dell'organizzazione di follow-up,	Presa in carico dell'utente afferente al servizio di Appignano/Treia attraverso il sostegno della teleriabilitazione, dei recall telefonici, dell'organizzazione di follow-up e del coinvolgimento/addestramento dei Care-Giver	Report attività organizzazione del percorso ed attività pratica	Report attività organizzazione percorso entro il 30-09-2022 Report attività pratica attraverso la presentazione di n° tre (3) case report entro il 30-11-2022		15%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	12	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35%	30%				

DIPARTIMENTO SERVIZI

3611200 - FARMACIA E FARMACOLOGIA CLINICA		Responsabile : Dott. Di Muzio Direttore Dipartimento: Dott. Paci			BUDGET 2022							
SETTORE	PRO GR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario												
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)												
	1	Progetto di ricerca per elaborazione preparato galenico per trattamento delle mucositi orali in pazienti oncologici	studio della formulazione ricerca sul mercato delle materie preparazione del "prototipo" validazione clinico-scientifica	Realizzazione di un prototipo	entro il 31/12/2022	5%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza	
	2	Appropriatezza utilizzo antibiotici	Monitoraggio attraverso l'utilizzo dello strumento della cartella clinica elettronica	Presentazione di una reportistica / analisi per trimestre di riferimento, a partire dal secondo semestre 2022	III trimestre 2022 entro 31 ottobre 2022 IV Trimestre 2022 entro 31 gennaio 2023	5%			Obiettivo non raggiunto	Obiettivo non raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza	
	3	Antimicrobial Stewardship: ottimizzazione della terapia antimicrobica ai tempi delle resistenze batteriche	Individuazione farmaci batterici ad alto costo e prescrizione Elaborazione nuova modulistica per la prescrizione personalizzata Inserimento nella cartella elettronica	Elaborazione nuova modulistica ed inserimento nella cartella clinica	entro il 31/12/2022	5%			Obiettivo raggiunto parzialmente al 50%	Obiettivo raggiunto parzialmente al 50%	Si conferma valutazione 1° istanza	
	4	Ispezioni stupefacenti e gestione dei farmaci di UO presso le sedi INRCA	Controllo a campione di almeno un UO delle diverse sedi INRCA, comprese Casatenovo e Cosenza. Elaborazione del verbale ispettivo. Invio alla DMPO competente.	1 ispezione/anno per le UUOO delle sedi di Cosenza e Casatenovo, 2 ispezioni/anno per le UUOO del POR MARCHE	entro il 31/12/2022	5%		Un'ispezione a Treia e una a Fermo	20% Obiettivo raggiunto parzialmente al 20%		Si conferma valutazione 1° istanza	
	5	Progetto di implementazione del software amministrativo contabile logistica (AMC) dell'Inrca Analisi	Partecipazione agli incontri organizzati dall'UO SIA	partecipazione al 95% delle attività in cui è necessaria la presenza dell'UO	vedi indicatore	5%	20%	a carico di ASI	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza	
	6	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	5%			Obiettivo raggiunto parzialmente al 50%	Obiettivo raggiunto parzialmente al 50%	Si conferma valutazione 1° istanza	
	7	Autorizzazione Requisiti Minimi	Autovalutazione da parte della UO e scheda di prima valutazione	Entro il 30/09	vedi indicatore	5%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza	
	8	PDTA BPCO	Costituzione del Gruppo di Lavoro coinvolto nella stesura del PDTA e inizio dell'attività	Formalizzazione del Gruppo di Lavoro costituito Almeno 2 incontri verbalizzati entro il 31/12/2022	vedi indicatore	5%		Si veda documentazione c/o UOSD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza	
	9	PDTA Parkinson	Costituzione del Gruppo di Lavoro coinvolto nella stesura del PDTA e inizio dell'attività	Formalizzazione del Gruppo di Lavoro costituito Almeno 2 incontri verbalizzati entro il 31/12/2022	vedi indicatore	5%		Si veda documentazione c/o UOSD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza	
	10	PDTA Sepsis	Condivisione PDTA Individuazione Indicatori Presentazione indicatori alla Direzione	Entro il 31/10 Entro il 31/10 Entro il 31/12	vedi indicatore	5%		Si veda documentazione c/o UOSD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza	
	11	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziali correlati alla gestione degli accessi vascolari profondi	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Chirurgico; 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		25%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza	
	12	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziale correlato alla gestione del cateterismo vescicale	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Medico e Dipartimento Percorsi Geriatrici della Fragilità/Continuità e Riabilitativi 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		25%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder												
	13	Creazione di un pool di medici ricercatori su base dipartimentale	Individuazione del pool di medici ricercatori per l'attività di ricerca d'Istituto	Riunioni verbalizzate del pool dipartimentale su argomenti in linea con la strategia della Direzione Scientifica	Partecipazione di almeno 1 farmacista ad almeno 3 riunioni dipartimentali	10%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza	
	14	Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	IFM		2,00	5%		0,00	0%	Obiettivo non raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi												
		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35%	30%					

'R3611900 - SOC LABORATORIO DI PATOLOGIA CLINICA E BIOLOGIA MOLECOLARE		Responsabile : Prof. Procopio Direttore Dipartimento: Dott. Paci			BUDGET 2022						
SETTORE	PRO GR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
<i>Economico-finanziaria</i>											
	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Beni sanitari	Costo Beni sanitari /valore della Produzione	0,29	10,0%	5%	0,27	107,6%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	2	Risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale	6.444.099	10,0%		7.298.431,51	113,3%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>											
	3	Nuove Procedure Operative/Istruzioni Operative/Moduli e/o Tabelle relative ai Settori Ematologia e Coagulazione in seguito a nuove strumentazioni	Aggiornamento e armonizzazione della documentazione attualmente in uso attraverso una revisione condivisa tra il personale delle due Sedi	Stesura di documenti condivisi tra gli operatori del Laboratorio in servizio nei due Presidi	Stesura di almeno una Procedura Operativa/Istruzione Operativa/Modulo/Tabella per ciascuno dei due Settori validata entro il 31/12/2022	2,5%	5%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	4	Miglioramento della gestione dei pazienti con sospetta infezione da Clostridium difficile nell'ambito di un algoritmo a due fasi ricerca qualitativa antigene glutammato deidrogenasi (GDH) e delle tossine A e B	Passaggio della gestione dell'infezione da Clostridium difficile ad una diagnostica più rapida, semplice ed automatizzata al fine di fornire informazioni necessarie a identificare e contenere la diffusione dell'infezione	Attivazione nuova metodologia automatizzata mediante tecnica ELFA (Enzyme-Linked Fluorescent Assay)	Produzione di almeno 10 referti che descrivono le due fasi dell'algoritmo ed il cambio di tecnologia	2,5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	Appropriatezza esami di laboratorio	Elaborazione Vademecum degli esami di laboratorio routine e urgenti da condividere con le UUO dei Presidi di Ancona, Osimo e Fermo	Elaborazione vademecum, incontri informativi ed elaborazione reports su esami inappropriati distinti per UO	Vademecum entro il 30/09/2022 n. 2 Incontri informativi con le uu.oo. Cliniche entro il 31/12 almeno un report per u.o. su esami inappropriati entro il 31/12	5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	6	Introduzione del test IGRA (test di rilascio dell'interferone gamma) in grado di rilevare l'attivazione del sistema immunitario ad un antigene derivato dal microbatterio tubercolare	Implementazione della metodica su analizzatore già presente in Laboratorio e formazione del personale per l'esecuzione del test IGRA (finora inviato presso Laboratorio Analisi di Torrette)	Attivazione nuova metodologia su analizzatore INRCA	Entro il 31/12/2022	2,5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	7	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	2,5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	8	Autorizzazione Requisiti Minimi	Autovalutazione da parte della UO e scheda di prima valutazione	Entro il 30/09	vedi indicatore	2,5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	9	PDTA Sepsis	Condivisione PDTA Individuazione Indicatori Presentazione indicatori alla Direzione	Entro il 31/10 Entro il 31/10 Entro il 31/12	vedi indicatore	2,5%		Si veda documentazione c/o UOSD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	10	Implementazione attività progettuale	stesura di proposte progettuali	Sottomissione di almeno 1 progetto scientifico	vedi indicatore	2,5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	11	Implementazione attività di disseminazione dei risultati delle ricerche	ORGANIZZAZIONE DI CONVEGNI SCIENTIFICI	organizzazione o partecipazione ad almeno 1 convegno su tematiche scientifiche di interesse (medicina traslazionale)	vedi indicatore	2,5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	12	Miglioramento qualità dell'assistenza	Garantire un turno di un biologo (il martedì mattina) per la preparazione della scintigrafia con i leucociti marcati	Vedi azione	a partire dal secondo semestre 2022	5,0%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	13	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziali correlati alla gestione degli accessi vascolari profondi	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Chirurgico; 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		20%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	14	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziale correlato alla gestione del cateterismo vescicale	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Medico e Dipartimento Percorsi Geriatrici della Fragilità/Continuità e Riabilitativi 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		20%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	15	Miglioramento organizzativo	Stesura e/o aggiornamento piani di lavoro integrati per Infermieri, Oss e personale area tecnica	Presentazione/aggiornamento del documento	Entro il 30/09/2022 con sottoscrizione da parte di tutte le figure professionali coinvolte		20%	c'è la documentazione	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>											
	16	Creazione di un pool di medici ricercatori su base dipartimentale	Individuazione del pool di medici ricercatori per l'attività di ricerca d'Istituto	Riunioni verbalizzate del pool dipartimentale su argomenti in linea con la strategia della Direzione Scientifica	Partecipazione di almeno 2 biologi ad almeno 3 riunioni dipartimentali	10%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	17	Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	IFM	70,00	5%		96,00	137%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
<i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i>		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35%	30%				

'R3612100 - SOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI AN		Responsabile : Dott. Paci Direttore Dipartimento: Dott. Paci		BUDGET 2022							
SETTORE	PRO GR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Beni sanitari	Costo Beni sanitari /valore della Produzione	0,20	10%	5%	0,24	83,6%	In considerazione del fatto che gli obiettivi economici sono stati dati nel 2022 dopo l'emergenza Covid, che la stessa ha profondamente modificato gli assetti organizzativi dei vari reparti, che nel 2022 ci sono state dinamiche inflazionistiche consistenti e imprevedibili, si ritiene che lo scostamento dell'obiettivo si possa ridurre del 50% rispetto al dato numerico. Pertanto l'obiettivo si ritiene raggiunto al 91,8%	Si conferma valutazione 1° istanza
	2	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	4.402.468	10%		4.870.872,84	111%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	3	Implementazione percorso assistenziale ICTUS/trombolisi tra le UUO di Radiologia e Neurologia del Presidio di Ancona	Formazione pratica del personale TSRM e Medico al fine della esecuzione di RM DWI e FLAIR nella datazione dell'ictus al risveglio o insorgenza non databile di deficit neurologico focale	N° esami eseguiti/N° richieste eleggibili studio RM DWI FLair nell'ICTUS non databile	Esecuzione di almeno il 80% di procedure RM DWI FLAIR in ictus al risveglio o insorgenza non databile come da attestazione del responsabile della UO di Neurologia	5%	5%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	4	Implementazione percorso assistenziale ICTUS/trombolisi tra le UUO di Radiologia e Neurologia del Presidio di Ancona - formazione interdisciplinare sull'imaging perfusionale (TC o RM)	Predisposizione documento condiviso EXTENSION di selezione con TC perfusionale o RM DWI/PWI in pazienti da sottoporre a trombolisi/trombectomia	Predisposizione di un protocollo condiviso di validazione con 2 incontri preparatori entro ottobre 2022 per implementazione nella pratica clinica	Report entro il 31/12	5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	Biopsia Renale nel paziente anziano fragile pluricoromorbido in collaborazione con UO Diagnostica Immagini-Radiologia Interventistica	formalizzazione del protocollo operativo, attivazione e monitoraggio	1) documento di formalizzazione identificazione pazienti idonei, 2) report di monitoraggio	1) entro il 31/07/2022, 2) almeno 1 paziente entro il 31/12/2022	5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	6	Attuazione PDTA piede diabetico	Stesura del PDTA Monitoraggio sull'attuazione del PDTA	Entro il 30/06/2022 Report Analisi degli indicatori Entro il 31/12/2022	vedi indicatore	5%		Si veda documentazione c/o UOSD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	7	Aggiornamento del PDTA intraziendale sul tumore della Prostata (NRCa) secondo le ultime linee guida EAU 2021 (nell'ambito del percorso integrato per la gestione delle patologie sul sistema genito-urinario)	ridefinizione, in collaborazione con UO Urologia, dell'iter multidisciplinare per quanto concerne l'utilizzo della RM multiparametrica nella diagnosi del tumore della prostata	presentazione del documento	entro il 31/12/2022	5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	8	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	2,5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	9	Autorizzazione Requisiti Minimi	Autovalutazione da parte della UO e scheda di prima valutazione	Entro il 30/09	vedi indicatore	2,5%		Vedi SAL	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	10	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziali correlati alla gestione degli accessi vascolari profondi	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Chirurgico; 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		20,0%	La documentazione relativa alla procedura revisionata è all'interno della cartella obiettivi trasversali comparto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	11	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziale correlato alla gestione del cateterismo vescicale	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Medico e Dipartimento Percorsi Geriatrici della Fragilità/Continuità e Riabilitativi 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		20,0%	La documentazione relativa alla procedura revisionata è all'interno della cartella obiettivi trasversali comparto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	12	Miglioramento organizzativo	Stesura e/o aggiornamento piani di lavoro integrati per infermieri, Oss e personale area tecnica	Presentazione/aggiornamento del documento	Entro il 30/09/2022 con sottoscrizione da parte di tutte le figure professionali coinvolte		20,0%	La documentazione relativa ai piani di lavoro è all'interno della cartella obiettivi trasversali comparto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
	13	Creazione di un pool di medici ricercatori su base dipartimentale	individuazione del pool di medici ricercatori per l'attività di ricerca d'istituto	Riunioni verbalizzate del pool dipartimentale su argomenti in linea con la strategia della Direzione Scientifica	Partecipazione di almeno 2 medici ad almeno 3 riunioni dipartimentali	10,0%		documentazione completa	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	14	Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	IFM	6,00	5%		8,00	133%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35,0%	30,0%				

'R3613100 - SOSD NUTRIZIONE CLINICA AN		Responsabile : Dr. Orlandoni Direttore Dipartimento: dr. Paci		BUDGET 2022							
SETTORE	PRO GR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico- finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Beni sanitari	Costo Beni sanitari /valore della Produzione	0,18	10%	5%	0,18	100,9%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	2	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale per esterni	2.545.028	10%		2.487.598,48	98%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	3	Sviluppo gestione pazienti complessi	Percorso follow up pazienti con obesità o sovrappeso	attuazione del percorso follow up pazienti secondo quanto previsto nel progetto Ricerca Corrente 2022-2024	almeno 50 visite	5%	5%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	4	Screening nutrizionale dei pazienti ricoverati	individuazione dello strumento per la valutazione dello stato nutrizionale per inserimento in cartella clinica informatizzata	Elaborazione di un documento operativo	entro il 31/10/2022	5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziali correlati alla gestione degli accessi vascolari profondi	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Chirurgico; 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		25%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	6	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziale correlato alla gestione del cateterismo vescicale	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Medico e Dipartimento Percorsi Geriatrici della Fragilità/Continuità e Riabilitativi 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		30%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	7	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	10%	5%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	8	PDTA Parkinson	Costituzione del Gruppo di Lavoro coinvolto nella stesura del PDTA e inizio dell'attività	Formalizzazione del Gruppo di Lavoro costituito Almeno 2 incontri verbalizzati entro il 31/12/2022	vedi indicatore	10%		Si veda documentazione c/o UOSD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
	9	Creazione di un pool di medici ricercatori su base dipartimentale	Individuazione del pool di medici ricercatori per l'attività di ricerca d'Istituto	Riunioni verbalizzate del pool dipartimentale su argomenti in linea con la strategia della Direzione Scientifica	Partecipazione di almeno 1 medico ad almeno 3 riunioni dipartimentali	10%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	10	Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	IFM	4,00	5%		6,80	170%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi											
		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35%	30%				

R3613600 - SOSD MEDICINA NUCLEARE AN		Responsabile : Dott.ssa Fornarelli Direttore Dipartimento: Dott. Paci			BUDGET 2022							
SETTORE	PR OG R.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2° ISTANZA	
Economico-finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Beni sanitari	Costo Beni sanitari /valore della Produzione		33%	10%	5%	0,48	55,8%	In considerazione del fatto che gli obiettivi economici sono stati dati nel 2022 dopo l'emergenza Covid, che la stessa ha profondamente modificato gli assetti organizzativi dei vari reparti, che nel 2022 ci sono state dinamiche inflazionistiche consistenti e imprevedibili, si ritiene che lo scostamento dell'obiettivo si possa ridurre del 50% rispetto al dato numerico. Pertanto l'obiettivo si ritiene raggiunto al 78%	Si conferma valutazione 1° istanza
	2	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	482.327,39	10%			409.832,30	85%	Obiettivo parzialmente raggiunto all'85%	Si conferma valutazione 1° istanza
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)												
	3	Miglioramento della qualità in medicina nucleare	Revisioni protocolli di Medicina Nucleare in ottica qualità	Protocolli revisionati	almeno 5		5%	5%	Vedi SAL	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	4	Riduzione lista di attesa delle scintigrafie miocardiche stress-rest	Incremento del numero di esami.	Numero delle scintigrafie miocardiche.	Maggiore del 5% rispetto al 2021.		5%	5%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	PDTA Parkinson	Costituzione del Gruppo di Lavoro coinvolto nella stesura del PDTA e inizio dell'attività	Formalizzazione del Gruppo di Lavoro costituito Almeno 2 incontri verbalizzati entro il 31/12/2022	vedi indicatore		5%		Si veda documentazione c/o UOSD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	6	PDTA Sepsì	Condivisione PDTA Individuazione Indicatori Presentazione indicatori alla Direzione	Entro il 31/10 Entro il 31/10 Entro il 31/12	vedi indicatore		5%		Si veda documentazione c/o UOSD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	7	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore		5%	5%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	8	Autorizzazione Requisiti Minimi	Autovalutazione da parte della UO e scheda di prima valutazione	Entro il 30/09	vedi indicatore		5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	9	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziali correlati alla gestione degli accessi vascolari profondi	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Chirurgico; 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositivi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		25%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	10	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziale correlato alla gestione del cateterismo vescicale	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Medico e Dipartimento Percorsi Geriatrici della Fragilità/Continuità e Riabilitativi 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositivi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		25%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder												
	11	Creazione di un pool di medici ricercatori su base dipartimentale	Individuazione del pool di medici ricercatori per l'attività di ricerca d'Istituto	Riunioni verbalizzate del pool dipartimentale su argomenti in linea con la strategia della Direzione Scientifica	Partecipazione di almeno 1 medico ad almeno 3 riunioni dipartimentali	15,0%				obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35,0%	30%					

[illegible]

DIRIGENZA PROFESSIONI TECNICHE		Responsabile: Dr. Sica		SCHEDA DI BUDGET 2022						
SETTORE	PRO GR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZI ONE DEL CdR	VALUTAZI ONE 1° ISTANZA	VALUTAZI ONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario										
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)										
	1	Progetto organizzativo Nuovo Ospedale	Definizione della proposta di nuovo assetto organizzativo con relativo fabbisogno di personale	Presentazione proposta	entro il 31/12/2022	15%	Vedi SAL	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazio ne 1° istanza
	2	Elevare il livello della qualità.	Individuare percorsi utili ad apportare miglioramento nelle prestazioni diagnostiche (ricognizione dei processi coinvolti nella produzione dei dati analitici).	Rilevazione e neutralizzazione di elementi che possono costituire causa di criticità nei processi diagnostici.	> 90% Processi di attività diagnostiche revisionati entro il 2022	20%	94%	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazio ne 1° istanza
	3	Formazione del personale dell'UO laboratorio Analisi dei presidi di Osimo e Ancona al fine della interscambiabilità del personale	Formazione del personale dei due presidi sull'attività erogata da ogni Presidio	Almeno 1 giornata formativa per presidio	Entro il 31/12/2022	15%	Vedi SAL	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazio ne 1° istanza
	4	Coinvolgimento del personale tecnico nelle attività di ricerca	Partecipazione alle attività di ricerca in cui è coinvolta la UO di appartenenza	Report sull'attività svolta	vedi indicatore	15%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazio ne 1° istanza
Processi esterni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)										
Sviluppo e innovazione			Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi			35%				

R100103400 - SOSD Qualità e sicurezza del paziente. Benessere organizzativo e accreditamento		Responsabile : Dr.ssa Ferrara		BUDGET 2022							
SETTORE	PROG	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	1	Redazione Modello Risk e Piano	Predisposizione di una bozza di documento da presentare alla Direzione INRCA. Il modello di Sistema Gestione Qualità e Rischio (SGQR) IRCCS INRCA sarà un sistema aziendale basato sulla gestione del rischio, con l'identificazione precoce delle fonti di rischio, che permetta la prevenzione di possibili criticità e all'individuazione di modalità di gestione di queste. Tale modello dovrà rappresentare le due anime dell'Istituto (clinica e di ricerca). Il Piano è la programmazione delle attività inerenti l'attuazione del SGQR INRCA.	Produzione dei Documenti in bozza	Consegna alla Direzione INRCA entro APRILE 2022.	10,0%		Vedi SAL	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	2	Redazione Modello Risk e Piano	Predisposizione di un documento da presentare alla Direzione INRCA.	Presentazione documento alla Direzione	Entro il 31/07/2022	5,0%		Vedi SAL	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	3	Certificazione ISO	messa in atto delle attività necessarie al processo di certificazione	Rilascio certificazione da parte dell'ente certificatore	vedi indicatore	5,0%		Vedi SAL	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	4	Governo Clinico: Coordinamento attività PDTA	Presentazione Gruppi di Lavoro per redazione PDTA sul Piede Diabetico, Scompenso, BPCO, Parkinson, Sepsì	Elaborazione PDTA Piede Diabetico e Sepsì e costituzione GdL per PDTA BPCO, Parkinson e Scompenso Cardiaco	Entro il 31/12/2022	10,0%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	Partecipazione gestione sinistri	Partecipazione alle attività necessarie per la gestione sinistri	Partecipazione al 100% delle Riunioni verbalizzate sulla gestione dei sinistri	vedi indicatori	10,0%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	6	Audit eventi sentinella ed eventi avversi	Partecipazione agli audit sugli eventi sentinella ed eventi gravi	Verbali di partecipazione agli incontri e fogli presenza	vedi indicatori	5,0%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	7	Benessere organizzativo: definizione rapporti di collaborazione con il Comitato di Partecipazione	Collaborazione al progetto "umanizzazione" del Comitato di partecipazione	Partecipazione alle riunioni per la strutturazione e il monitoraggio delle attività.	vedi indicatori	5,0%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	8	Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	Almeno 1 pubblicazioni	vedi indicatore	5%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	9	Benessere organizzativo: definizione di un progetto di ricerca	Stesura di un progetto di ricerca in collaborazione con la Prof.ssa Olivieri, l'RSPP ed il medico competente	Presentazione progetto	vedi indicatori	10,0%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35,0%	30%				

DIRIGENZA PROFESSIONI della RIABILITAZIONE		Responsabile: Dr. Nicolai			SCHEDA DI BUDGET 2022						
SETTORE	PR OG R.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZI ONE DEL CdR	VALUTAZI ONE 1° ISTANZA	VALUTAZI ONE 2° ISTANZA
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	1	Valorizzazione delle competenze tecnico-professionali e della dimensione multiprofessione ed interdisciplinare nell'approccio assistenza riabilitativa della "Persona"	Modello di presa in carico e gestione multidisciplinare ed interdisciplinare in piccoli gruppi degli utenti ricoverati presso il CENTRO DIURNO ALZHEIMER (ANCONA)	Presentazione del progetto e presentazione brochure disfagia	entro il 31/10/2022	15%	15%	Vedi SAL	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	2	Valorizzazione del fabbisogno "riabilitativo" complessivo dei pazienti ricoverati, per classi di priorità e complessità (Diabetologia, Nefrologia, Cardiologia, Neurologia, Chirurgia, Radiologia, Geriatria)	Revisione ed implementazione del progetto presentato nell'anno 2021 ed elaborazione progetto per figure appartenenti all'area Logopedisti	Presentazione della revisione e delle nuove procedure	entro il 30-11-2022	15%	15%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	3	Implementazione del sistema e "modalità" di supporto a distanza o in presenza di fisioterapisti e/o logopedisti di tutte le sedi Inrca in relazione e sinergia con la Dirigenza	Implementazione delle modalità di supporto a distanza attraverso riunioni telematiche e attivazione di percorsi finalizzati al supporto in presenza	Almeno due riunioni telematiche ogni trimestre (UNA PER OGNI SEDE); almeno una missione in presenza in sede differente dalla propria a seconda delle necessità prioritarie delle DIREZIONI	Report dei verbali entro il 31-12-2022, attivazione di una missione entro 31-10-2022	15%	15%	Vedi SAL	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	4	Integrazione e presa in carico riabilitativa dei pazienti ricoverati presso il P.O. di Osimo.	Revisione ed implementazione del progetto presentato nell'anno 2021 ed elaborazione progetto per figure appartenenti all'area come Logopedisti	Presentazione del progetto	entro il 31/07/2022	10%	15%	Vedi SAL	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	5	Progetto organizzativo Nuovo Ospedale	Definizione della proposta di nuovo assetto organizzativo con relativo fabbisogno di personale	Presentazione proposta	entro il 31/12/2021	10%	10%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
Processi esterni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35,0%	30%				

*R2601500 - SOC DIREZIONE MEDICA PRESIDIO CS		Responsabile : Dr. Pranno		BUDGET 2022							
SETTORE	PR OG R.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario											
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	1	Attività Medico competente	Finalizzazione procedure medico competente in relazione alle cartelle di rischio del dipendente	Presentazione di un piano per il controllo del totale dei dipendenti del POR e avvio delle attività	Piano entro il 31/12/2022 e avvio delle attività	10%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	2	Flusso SDO e attività ambulatoriale	Elaborazione di un documento di sintesi sulle attività della corretta codifica delle SDO e sull'utilizzo del Nomenclatore Regionale come da disposizioni normative regionali	Presentazione documento	Entro il 30/09/2022	15%	20%	Vedi SAL	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	3	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	20%	20%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto parzialmente al 50%	Si conferma valutazione e 1° istanza
	4	Autorizzazione Requisiti Minimi	Verifica di quanto previsto dalle disposizioni regionali in materia di autorizzazione e accreditamento	Elaborazione di un documento di verifica sullo stato dell'arte del Presidio che includa schede di sintesi in materia di autorizzazione come previsto dal manuale regionale vigente o documento equivalente	Entro il 30/11/2022	10%	20%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	5	Monitoraggio sui pasti destinati ai degenti	Verifica qualità del servizio, ispezioni cucine ed eventuale aggiornamento del dietetico ospedaliero	Report trimestrale su verifica effettuata nel Presidio	1 report a trimestre dal III trimestre 2022	10%	10%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35%	30%				

'R2901500 - SOC DIREZIONE MEDICA PRESIDIO CT		Responsabile : Dr. Colombo		BUDGET 2022							
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario											
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	1	Emergenza Covid	Rispondere a tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria covid in coerenza con i provvedimenti regionali ed aziendali emessi ad hoc	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	Attivazione entro 31.12.2022	15%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	2	Presenza dell'UOC di Pneumologia alle riunioni delle Unità di Crisi ASST Lecco	Partecipazione alle riunioni delle Unità di Crisi	Presenza in almeno il 50% delle riunioni	Verbalì delle riunioni	15%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	3	Apertura Ambulatori di Pneumologia classe A presso Presidio di Merate	Presenza degli slot dedicati	Messa a disposizione di almeno 8 urgenze/settimana	Attivazione degli slot dedicati entro il mese di giugno 2022	15%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	4	Consolidamento del percorso di gestione del farmaco ad alto livello di attenzione	Verifica dei punti di stoccaggio e detenzione di elettroliti concentrati e di farmaci a temperatura controllata	Verifiche ispettive interne nei punti di stoccaggio e detenzione identificati	Almeno 2 verbalì relativi alle verifiche ispettive effettuate	10%	50%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	5	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	10%	20%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
Sviluppo e innovazione dei processi				Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi		35%	30%				

R3611500 - SOC DIREZIONE MEDICA PRESIDI AN FE AP		Responsabile : Dr. Luzi			BUDGET 2022						
SETTORE	PROG R.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
	1	Autorizzazione Requisiti Minimi	Coordinamento e vigilanza delle attività di autovalutazione Riunioni per la discussione delle schede di autovalutazione	Report su attività di coordinamento e riunioni effettuate entro il 31/12	vedi indicatore	5%		Vedi SAL	Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	2	monitoraggio tempi attesa prestazioni ambulatoriali e ricovero	Predisposizione istruttoria sul piano di recupero Partecipazione agli incontri indetti dalla Regione Marche Monitoraggio andamento liste d'attesa	Redazione istruttoria sul piano di recupero Partecipazione al 100% degli incontri regionali Report di monitoraggio nel rispetto delle scadenze regionali	Entro il mese di giugno Partecipazione al 100% degli incontri Report come da indicazioni regionali da inviare alla Direzione Sanitaria	5%			Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	3	Valutazione sociale dei pazienti	Valutazione sociale della richiesta dei reparti di Ancona e Osimo	Effettuazione valutazione della richiesta	Report su attività di richiesta e valutazione della tempistica di risposta	5%	20%		Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	4	Riorganizzazione dell'attività ambulatoriale dei presidi di Ancona, Osimo e Fermo ai fini di una razionalizzazione delle risorse e degli spazi dedicati	Presentazione proposta di riorganizzazione dell'attività ambulatoriale per i presidi marchigiani in collaborazione con la Direzione delle Professioni Sanitarie	Presentazione proposta	entro il 30/09/2022	5%		Vedi SAL	Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	Corretto utilizzo e smaltimento degli antisettici e disinfettanti	monitoraggio e vigilanza al fine del corretto utilizzo e smaltimento degli antisettici e disinfettanti	Presentazione report	Entro il 31/12/2022	5%	10%		Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	6	Corretta codifica delle SDO	Audit con le UUOO dei Presidi marchigiani sulla corretta codifica delle SDO	Almeno un audit per UO	Entro il 31/12/2022	5%			Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	7	Presa in carico di parte delle attività oggi affidate all'esterno della Fisica Sanitaria	Effettuazione attività di controllo delle apparecchiature radiologiche, a seguito della acquisizione degli strumenti di misurazione	Report di controllo	Entro il 31/12/2022	5%			Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	8	Accordo di collaborazione con il Distretto per attività individuate della Direzione	Presentazione proposta di accordo di collaborazione per le attività di dignity care	Presentazione proposta	entro il 31/10/2022	5%		Vedi SAL	Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	9	Progetto organizzativo Nuovo Ospedale	Definizione della proposta di nuovo assetto organizzativo con relativo fabbisogno di personale	Presentazione proposta	entro il 31/12/2022	5%			Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	10	Monitoraggio sui pasti destinati ai degenti	Verifica qualità del servizio, ispezioni cucine ed eventuale aggiornamento del dietetico ospedaliero	Report trimestrale su verifica effettuata in tutte le sedi marchigiane	1 report a trimestre	5%	20%		Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	11	Servizio sorveglianza sanitaria	Avvio del sistema di tracciabilità nella gestione dei rifiuti sanitari pericolosi CER 180-103	Invio reportistica ai reparti	Invio report trimestrali	5%	20%		Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	12	Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	Almeno 1 pubblicazioni	vedi indicatore	5%			Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	13	Monitoraggio attività sala operatoria	Analisi dei report bimestrali inviati dal Dipartimento Chirurgico	Presentazione Documento di Analisi nel quale vengono riportate eventuali azioni correttive	Invio documento alla direzione sanitaria entro 20 gg dalla ricezione del report del dipartimento chirurgico	5%			Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35%	30%				

PIRAMIDATI

[illegible]

PIRAMIDE DEI RICERCATORI	Dipendente: Franca Bianchi Responsabile : Dott.ssa Lattanzio	BUDGET 2022						
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>								
	Missioni per attività di ricerca	Gestione delle richieste di autorizzazione alla missione, biglietteria aerea e ferroviaria	Predisposizione richieste di autorizzazione alla missione, compatibilmente con restrizioni legate alla pandemia, emissione biglietteria ferroviaria, collaborazione con agenzia di viaggio per biglietteria aerea e inserimento costi previsionali in file Cogest	inserimento file Cogest dell'80% delle richieste	25%	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	Acquisti per progetti di ricerca	Collaborazione con i ricercatori alla Richieste di Acquisto di beni servizi per attività di Ricerca	Collaborazione alla stesura RdA, protocollazione e inserimento dell'impegno di spesa in file Cogest	inserimento file Cogest dell'80% delle richieste	25%	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	Reclutamento personale per attività di ricerca	Collaborazione con i ricercatori alla Richieste di Reclutamento Personale di Ricerca	Collaborazione alla stesura RdR, protocollazione e inserimento dell'impegno di spesa in file Cogest per tutte le UUOO di ricerca, in collaborazione con l'UO Cogest	inserimento file Cogest dell'80% delle richieste	25%	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	Supporto all'attività scientifica di Istituto	Partecipazione alle attività richieste dalla Direzione Scientifica	Report sull'attività svolta	vedi indicatore	25%	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

POR CASATENOVO

R2900100 - SOSD CARDIOLOGIA RIABILITATIVA CT		Responsabile : Dr. Serra Direttore Dipartimento: dr. Colombo		BUDGET 2022							
SETTORE	PROG R.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Beni sanitari	Costo Beni sanitari /valore della Produzione	1,78%	10%	5%	1,5%	118,2%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	2	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	168.781	10%		172042,49	101,9%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	3	mantenimento offerta utenza	n. esami	reg. ECG dinamici	>400 registrazioni	5%		398,00	99,5%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	4	mantenimento offerta utenza	n. esami	classe D	>100 prestazioni	5%		104,00	104,0%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	mantenimento collaborazione	consul. Merate	Mantenimento dell'attività di consulenza cardiologica presso il presidio di Merate	>80% delle richieste di consulenza effettuate a partire dal 01/07/2022, come da attestazione del Responsabile dell'UO Pneumologia, salvo impedimenti oggettivi	5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	6	Corso Emergenza-Urgenza nella Cardiologia Cardiovascolare	corso teorico-pratico con particolare focus sull'aritmia rivolto ai professionisti del Presidio	Esecuzione corso con almeno 2 edizioni	Almeno 25 partecipanti nelle due edizioni	5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	7	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	8	PDTA Scopenso Cardiaco	Costituzione del Gruppo di Lavoro coinvolto nella stesura del PDTA e inizio dell'attività	Formalizzazione del Gruppo di Lavoro costituito Almeno 2 incontri verbalizzati entro il 31/12/2022	vedi indicatore	5%		Si veda documentazione c/o UOSD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	9	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziali correlati alla gestione degli accessi vascolari profondi	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Chirurgico; 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		30%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	10	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziale correlato alla gestione del cateterismo vescicale	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Medico e Dipartimento Percorsi Geriatrici della Fragilità/Continuità e Riabilitativi 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		35%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
	11	Creazione di un pool di medici ricercatori su base	Individuazione del pool di medici ricercatori per l'attività di ricerca d'istituto	Riunioni verbalizzate del pool dipartimentale su argomenti in linea con la strategia della Direzione Scientifica	Partecipazione di 1 medico ad almeno 3 riunioni dipartimentali	15%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi											
		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35%	30%				

R2901000 - SOC PNEUMOLOGIA CT	Responsabile : Dr. Colombo Direttore Dipartimento: dr. Colombo			BUDGET 2022							
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Beni sanitari	Costo Beni sanitari/valore della Produzione	20%	10%	5%	0,22	94,0%	Considerando che nel corso dell'esercizio 2022 il Presidio di Merate è stato interessato più volte da recrudescenze dell'emergenza Covid e questo fatto ha inciso, seppur indirettamente, sull'attività del reparto, anche in considerazione della natura pneumologica dello stesso, vista anche l'esiguità dello scostamento rispetto al pieno raggiungimento dell'obiettivo (fissata al 95% dallo SMIVAP) si ritiene l'obiettivo pienamente raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	2	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	2.650.878	10%		2.449.867,92	92%	Considerando che nel corso dell'esercizio 2022 il Presidio di Merate è stato interessato più volte da recrudescenze dell'emergenza Covid e questo fatto ha inciso, seppur indirettamente, sull'attività del reparto, anche in considerazione della natura pneumologica dello stesso, vista anche l'esiguità dello scostamento rispetto al pieno raggiungimento dell'obiettivo (fissata al 95% dallo SMIVAP) si ritiene l'obiettivo pienamente raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	3	Attività con utilizzo EBUS	Inizio sedute con utilizzo dell'EBUS, alcune delle quali con presenza di equipe multidisciplinare (pneumologi e anestesisti/rianimatori)	Procedure con utilizzo dell'EBUS da eseguirsi presso il locale dedicato nella terapia intensiva dell'Ospedale Mandic di	Almeno 7 sedute	10%		Vedi SAL	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	4	Collaborazione con la chirurgia bariatrica	Valutazione fattori di rischio respiratorio nei pazienti candidati	Numero pazienti sottoposti a studio polisonnografico pre chirurgia bariatrica	Almeno 15 pazienti	10%		Vedi SAL	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	5	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	5%		Vedi SAL	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	6	PDTA BPCO	Costituzione del Gruppo di Lavoro coinvolto nella stesura del PDTA e inizio dell'attività	Formalizzazione del Gruppo di Lavoro costituito Almeno 2 incontri verbalizzati entro il 31/12/2022	vedi indicatore	5%		Si veda documentazione c/o UOSD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	7	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziali correlati alla gestione degli accessi vascolari profondi	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Chirurgico; 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica	35%		La documentazione relativa alla procedura revisionata è all'interno della cartella obiettivi trasversali comparto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	8	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziali correlato alla gestione del cateterismo vescicale	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Medico e Dipartimento Percorsi Geriatrici della Fragilità/Continuità e Riabilitativi 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica	30%		La documentazione relativa alla procedura revisionata è all'interno della cartella obiettivi trasversali comparto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
	9	Creazione di un pool di medici ricercatori su base dipartimentale	Individuazione del pool di medici ricercatori per l'attività di ricerca d'Istituto	Riunioni verbalizzate del pool dipartimentale su argomenti in linea con la strategia della Direzione Scientifica	Partecipazione di almeno 2 medici ad almeno 3 riunioni dipartimentali	5%		Vedi SAL	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	10	Produzione scientifica dipartimentale	Pubblicazione su riviste con IF	IFM	20,00	10%		3,60	18%	Obiettivo parzialmente raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35%	30%				

[illegible]

'R2901900 - SOD LABORATORIO ANALISI CT	Responsabile : Dr. Colciago Direttore Dipartimento: dr. Colombo			BUDGET 2022							
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei beni sanitari	Costo dei Beni sanitari /valore della Produzione	44%	10%	5%	38%	115,3%	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	2	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	899.194	10%		890331,27	99%	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	3	Miglioramento appropriatezza diagnostica	Introduzione dosaggio quantitativo automatizzato Anticorpi Anti-Tireoperossidasi, Anticorpi Anti-Tireoglobulina e Lipasi	Implementazione test	da effettuare entro 31/12/2022	10%	10%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	4	Miglioramento della qualità	Messa a regime di un sistema per la gestione flussi Covid Regione Lombardia: applicativo che consente la gestione automatica degli invii flussi tampone antigenico alla piattaforma BUCKET S3 predisposta da regione Lombardia.	invii automatici	da effettuare entro il 30/06/2022	10%	5%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	Miglioramento della qualità	Messa a regime del sistema Microbio per l'invio di tutti i referti di microbiologia in Regione Lombardia	Invii almeno due volte alla settimana	da effettuare entro il 30/06/2022	5%	5%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	6	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	5%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	7	Miglioramento organizzativo	Stesura e/o aggiornamento piani di lavoro integrati per Infermieri, Oss e personale area tecnica	Presentazione/aggiornamento del documento	Entro il 30/09/2022 con sottoscrizione da parte di tutte le figure professionali coinvolte		45%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
	8	Creazione di un pool di medici ricercatori su base dipartimentale	Individuazione del pool di medici ricercatori per l'attività di ricerca d'Istituto	Riunioni verbalizzate del pool dipartimentale su argomenti in linea con la strategia della Direzione Scientifica	Partecipazione di almeno 1 medico ad almeno 3 riunioni dipartimentali	15%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi				Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi		35%	30%				

[illegible]

POR COSENZA

R2600500 - SOC GERIATRIA CS	Responsabile : Dr. Corsonello Direttore Dipartimento:			BUDGET 2022							
SETTORE	PRO GR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Beni sanitari /valore della Produzione	7,7%	5,0%	5,0%	5,8%	124,6%	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	2	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	1.035.237	10%		988.894,35	95,5%	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	3	Modelli Clinico Assistenziali	Migliorare/facilitare l'accesso al setting di cure a lungo termine	Presentazione di un nuovo protocollo per l'accesso ai ricoveri in RSA e/o Hospice all'ASP competente	Presentazione entro il 30/11/2022		5,0%	Vedi Sal	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	4	Attività ambulatoriale	Adeguamento e potenziamento dell'offerta ambulatoriale	Ridefinizione dell'elenco delle prestazioni ambulatoriali dell'UO	Presentazione del nuovo piano di offerta ambulatoriale entro il 30/11/2022		5,0%	Vedi Sal	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	Attività di ricovero	Definizione della mission dell'UO in relazione alla tipologia di pazienti da trattare	Elaborazione di un progetto relativo allo sviluppo della UO (casistica dei pz da trattare) e del POR Cosenza	Entro il 30/11/2022		5,0%	Vedi Sal	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	6	PDТА Sepsі	Condivisione PDТА Individuazione indicatori Presentazione indicatori alla Direzione	Entro il 31/10 Entro il 31/10 Entro il 31/12	vedi indicatore		5,0%	Si veda documentazione c/o UOSD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	7	PDТА Scompenso Cardiaco	Costituzione del Gruppo di Lavoro coinvolto nella stesura del PDТА e inizio dell'attività	Formalizzazione del Gruppo di Lavoro costituito Almeno 2 incontri verbalizzati entro il 31/12/2022	vedi indicatore		5,0%	Si veda documentazione c/o UOSD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	8	PDТА BPCO	Costituzione del Gruppo di Lavoro coinvolto nella stesura del PDТА e inizio dell'attività	Formalizzazione del Gruppo di Lavoro costituito Almeno 2 incontri verbalizzati entro il 31/12/2022	vedi indicatore		5,0%	Si veda documentazione c/o UOSD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	9	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore		5,0%	5,0%	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	10	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziali correlati alla gestione degli accessi vascolari profondi	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Chirurgico; 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		30%	La documentazione relativa alla procedura revisionata è all'interno della cartella obiettivi trasversali comparto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	11	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziale correlato alla gestione del cateterismo vescicale	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Medico e Dipartimento Percorsi Geriatrici della Fragilità/Continuità e Riabilitativi 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		30%	La documentazione relativa alla procedura revisionata è all'interno della cartella obiettivi trasversali comparto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
	12	Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	IFM	20,00	15%		56,78	283,9%	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35%	30%				

'R2600700 - SOSD RIABILITAZIONE INTENSIVA CS		Responsabile : Dr. Pranno Direttore Dipartimento:		BUDGET 2022							
SETTORE	PRO-GR	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Beni sanitari /valore della Produzione	5,2%	5,0%	5%	4,7%	109,7%	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	2	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	768.893	10,0%		809.893	105,3%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	3	Laboratorio del Movimento	Trattamento dei pazienti ricoverati presso la UO con attrezzature presenti nel Laboratorio del Movimento	Inizio attività di arruolamento previsto nel progetto riabilitativo individuale elaborato dal fisiatra	Almeno 20 pazienti	10,0%	5,0%	26,00	130%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	4	Riorganizzazione attività ambulatoriale	Revisione della codifica dell'attività ambulatoriale in virtù della presenza di nuove tecnologie	Presentazione della scheda di revisione all'ASP di competenza	Entro il 30/09/2022	10,0%		Vedi SAL	Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	PDTA BPCO	Costituzione del Gruppo di Lavoro coinvolto nella stesura del PDTA e inizio dell'attività	Formalizzazione del Gruppo di Lavoro costituito Almeno 2 incontri verbalizzati entro il 31/12/2022	vedi indicatore	5,0%		Si veda documentazione c/o UOSD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	6	PDTA Parkinson	Costituzione del Gruppo di Lavoro coinvolto nella stesura del PDTA e inizio dell'attività	Formalizzazione del Gruppo di Lavoro costituito Almeno 2 incontri verbalizzati entro il 31/12/2022	vedi indicatore	5,0%		Si veda documentazione c/o UOSD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	7	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	5,0%			Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	8	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziali correlati alla gestione degli accessi vascolari profondi	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Chirurgico; 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		20%	La documentazione relativa alla procedura revisionata è all'interno della cartella obiettivi trasversali comparto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	9	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziale correlato alla gestione del cateterismo vescicale	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Medico e Dipartimento Percorsi Geriatrici della Fragilità/Continuità e Riabilitativi 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		20%	La documentazione relativa alla procedura revisionata è all'interno della cartella obiettivi trasversali comparto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	10	Implementazione della presa in carico riabilitativa attraverso strumentazione robotica	Utilizzo di strategie a supporto della presa in carico dell'utente degente anche con sistemi di riabilitazione robotica	Numero dei pazienti trattati con apparecchiature robotiche in dotazione ai presidi	Almeno il 60 % dei degenti totali come da diario clinico a partire dal III Quadrimestre 2022. Report mensile da inviare al dirigente delle professioni riabilitative		20%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
	11	Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	IFM	2,00	15%		3,60	180,0%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi						35%	30%				

'R2601900 - SOC LABORATORIO ANALISI CS		Responsabile : Dott. Pranno Direttore Dipartimento:			BUDGET 2022						
SETTORE	PROG R.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario											
	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Beni sanitari /valore della Produzione	63%	10%	5%	80,0%	73,4%	Obiettivo raggiunto parzialmente	Si conferma valutazione 1° istanza
	2	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	443.275	5%		477.655,08	107,8%	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	4	Sviluppo attività di laboratorio	Progetto di sviluppo dell'attività di laboratorio attraverso un'analisi di eventuali esami da poter implementare con la tecnologia disponibile	Presentazione progetto	Entro il 30/11/2022	15%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	Appropriatezza esami di laboratorio	Elaborazione Vademecum degli esami di laboratorio routine e urgenti	Elaborazione vademecum, incontri informativi ed elaborazione reports su esami inappropriati distinti per UO	Vademecum entro il 30/09/2022 n. 2 Incontri informativi con le uu.oo. Cliniche entro il 31/12 almeno un report per u.o. su esami inappropriati entro il 31/12	15%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	6	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	5,0%	5,0%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto parzialmente al 50%	Si conferma valutazione 1° istanza
	7	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziali correlati alla gestione degli accessi vascolari profondi	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Chirurgico; 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		20%	La documentazione relativa alla procedura revisionata è all'interno della cartella obiettivi trasversali comparto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	8	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziale correlato alla gestione del cateterismo vescicale	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Medico e Dipartimento Percorsi Geriatrici della Fragilità/Continuità e Riabilitativi 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		20%	La documentazione relativa alla procedura revisionata è all'interno della cartella obiettivi trasversali comparto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	10	Miglioramento organizzativo	Stesura e/o aggiornamento piani di lavoro integrati per Infermieri, Oss e personale area tecnica	Presentazione/aggiornamento del documento	Entro il 30/09/2022 con sottoscrizione da parte di tutte le figure professionali coinvolte		20%	La documentazione relativa ai piani di lavoro è all'interno della cartella obiettivi trasversali comparto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
	11	Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	IFM	2,00	15%		0,00	0%	obiettivo non raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi											
		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35%	30%				

R2602100 - SOC RADIOLOGIA CS		Responsabile : Direttore Dipartimento:		BUDGET 2022							
SETTORE	PROG R.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Beni sanitari /valore della Produzione	9%	10%	5%	2,0%	179,4%	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	2	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	126.321	10%		121.372,93	96,1%	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	3	miglioramento qualità ed appropriatezza delle prestazioni	tempestività risposta prestazioni	prestazioni rx e Tac interne erogate e refertate entro 72 ore tranne le urgenze	Verifica a campione da parte della DMPO	10%	5%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	4	Attività di formazione	Organizzazione seminario interno sull'appropriatezza delle richieste da parte delle altre UUOO	Realizzazione seminario	Seminario da realizzare entro novembre 2022 Partecipazione del 70% dei dirigenti medici	10%		83%	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	Miglioramento efficienza prestazioni interne	Esecuzione dell'esame di controllo 24h prima della dimissione programmata per i pazienti dell'UOSD riabilitazione intensiva	Realizzazione esami richiesti da UOSD riabilitazione	Vedi indicatore confermato da Resp.UOSD Riabilitazione	10%	5%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	6	Rimodulazione slot di prenotazione per valorizzazione attività TAC	Progetto di revisione delle agende della radiologia al fine dell'ottimizzazione dell'offerta ambulatoriale	Elaborazione progetto di revisione	Entro il 30/11/2022	10%	5%	Vedi SAL	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	7	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	5,0%		Vedi SAL	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	8	Miglioramento organizzativo	Stesura e/o aggiornamento piani di lavoro integrati per Infermieri, Oss e personale area tecnica	Presentazione/aggiornamento del documento	Entro il 30/09/2022 con sottoscrizione da parte di tutte le figure professionali coinvolte		50%	La documentazione relativa ai piani di lavoro è all'interno della cartella obiettivi trasversali comparto	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35%	30%				

[illegible]

POR FERMO

R3620100 - SOSD CARDIOLOGIA RIABILITATIVA FM		Responsabile : Dr. Cardinali Direttore Dipartimento: dr. Postacchini		BUDGET 2022							
SETTORE	PRO GR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL Cdr	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Beni sanitari	Costo Beni sanitari /valore della Produzione	2%	5%	5%	2%	116,1%	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	2	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	253.295	10%		213.267,40	84%	Obiettivo parzialmente raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	3	Autorizzazione Requisiti Minimi	Autovalutazione da parte della UO e scheda di prima valutazione	Entro il 30/06/2022	vedi indicatore	2,5%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	4	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	2,5%		3 aggiornamenti pervenuti	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	PDTA Scopenso Cardiaco	Costituzione del Gruppo di Lavoro coinvolto nella stesura del PDTA e inizio dell'attività	Formalizzazione del Gruppo di Lavoro costituito Almeno 2 incontri verbalizzati entro il 31/12/2022	vedi indicatore	5%		Si veda documentazione c/o UOSD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	6	miglioramento dei percorsi assistenziali	redazione P.O. Ecostress	P.O. ecostress redatta	entro il 31/10/2022	5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	7	Governo dei tempi di attesa	implementazione di uno slot per ecostress nelle agende ambulatoriali	presenza di uno slot per ecostress nelle agende ambulatoriali	entro il 31/10/2022	5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	8	Governo dei tempi di attesa	aumento di uno slot di PIC per monitoraggio pressorio	aumento di uno slot di PIC per monitoraggio pressorio	entro il 31/10/2022	5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	9	miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	pianificazione del corso teo-prat. "la diagnosi elettrocardiografica delle aritmie" rivolto prioritariamente a personale infermieristico e medico dell'UO	attivazione corso teo-prat. sulla diagnosi elettrocardiografica delle aritmie con ECM	entro il 30/11/2022	5%	5%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	10	Smart Village	Partecipazioni allo sviluppo del progetto Smart Village	Realizzazioni delle attività richieste e condivise con la Direzione Generale	vedi indicatore	5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	11	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziali correlati alla gestione degli accessi vascolari profondi	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Chirurgico; 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		30%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	12	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziale correlato alla gestione del cateterismo vescicale	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Medico e Dipartimento Percorsi Geriatrici della Fragilità/Continuità e Riabilitativi 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		30%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
	13	Creazione di un pool di medici ricercatori su base dipartimentale	Individuazione del pool di medici ricercatori per l'attività di ricerca d'Istituto	Riunioni verbalizzate del pool dipartimentale su argomenti in linea con la strategia della Direzione Scientifica	Partecipazione di almeno 1 medico ad almeno 3 riunioni dipartimentali	10%		pervenuti 4 verbali	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	14	Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	IFM	5,00	5,0%		2,90	58%	obiettivo parzialmente raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35%	30%				

'R3620500 - SOC GERIATRIA FM		Responsabile : Dr. Postacchini Direttore Dipartimento: dr. Postacchini			BUDGET 2022						
SETTORE	PRO GR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Beni sanitari	Costo Beni sanitari /valore della Produzione	6,9%	5%	5%	11%	41,2%	In considerazione del fatto che gli obiettivi economici sono stati dati nel 2022 dopo l'emergenza Covid, che la stessa ha profondamente modificato gli assetti organizzativi dei vari reparti, che nel 2022 ci sono state dinamiche inflazionistiche consistenti e imprevedibili, si ritiene che lo scostamento dell'obiettivo si possa ridurre del 50% rispetto al dato numerico. Pertanto l'obiettivo si ritiene raggiunto al 70,3%	Si conferma valutazione 1° istanza
	2	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	2.186.612	10%		1.922.537,00	87,9%	Viste le motivazioni del Responsabile dell'UO suffragate dalla risposta del Direttore FF distretto AST Fermo si ritiene l'obiettivo raggiunto al 95%	Si conferma valutazione 1° istanza
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	3	Integrazione INRCA-ASUR	Integrazione attività con Area Vasta 4	attività al CDCD integrato di Montegranaro	report delle attività CDCD di Montegranaro	2,5%		Vedi SAL	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	4	dimissioni protette	aumento attività assistenziali per appropriatezza richiesta dimissioni protette	Richiesta e compilazione SIRTE	report attività con coinvolgimento del 100% dei medici	2,5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	Smart Village	Partecipazioni allo sviluppo del progetto Smart Village	Realizzazioni delle attività richieste e condivise con la Direzione Generale	vedi indicatore	5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	6	implementazione ambulatorio geriatrico	aumento pazienti con osteoporosi	aumento pazienti esaminati con osteoporosi rispetto anno 2021	aumento rispetto al 2021 delle visite ambulatoriali per osteoporosi	5%		271%	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	7	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	5%	5%	vedi SAL	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	8	Autorizzazione Requisiti Minimi	Autovalutazione da parte della UO e scheda di prima valutazione	Entro il 30/06/2022	vedi indicatore	5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	9	PDTA Scopenso Cardiaco	Costituzione del Gruppo di Lavoro coinvolto nella stesura del PDTA e inizio dell'attività	Formalizzazione del Gruppo di Lavoro costituito Almeno 2 incontri verbalizzati entro il 31/12/2022	vedi indicatore	5%		Si veda documentazione c/o UOSD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	10	PDTA Sepsis	Condivisione PDTA Individuazione Indicatori Presentazione indicatori alla Direzione	Entro il 31/10 Entro il 31/10 Entro il 31/12	vedi indicatore	5%		Si veda documentazione c/o UOSD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	11	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziali correlati alla gestione degli accessi vascolari profondi	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Chirurgico; 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		30%	La documentazione relativa alla procedura revisionata è all'interno della cartella obiettivi trasversali comparto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	12	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziale correlato alla gestione del cateterismo vescicale	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Medico e Dipartimento Percorsi Geriatrici della Fragilità/Continuità e Riabilitativi 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3-Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		30%	La documentazione relativa alla procedura revisionata è all'interno della cartella obiettivi trasversali comparto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
	13	Creazione di un pool di medici ricercatori su base dipartimentale	Individuazione del pool di medici ricercatori per l'attività di ricerca d'Istituto	Riunioni verbalizzate del pool dipartimentale su argomenti in linea con la strategia della Direzione Scientifica	Partecipazione di almeno 2 medici ad almeno 3 riunioni dipartimentali	10,0%		vedi SAL	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	14	Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	IFM	16,50	5,0%		22,90	139%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35%	30%				

'R3620700 - SOC RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE FM		Responsabile : Dr. Scendonì Direttore Dipartimento: dr. Postacchini		BUDGET 2022							
SETTORE	PRO GR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPART O	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Beni sanitari	Costo Beni sanitari /valore della Produzione		6%	5%	5%	6%	93,5% In considerazione del fatto che gli obiettivi economici sono stati dati nel 2022 dopo l'emergenza Covid, che la stessa ha profondamente modificato gli assetti organizzativi dei vari reparti, che nel 2022 ci sono state dinamiche inflazionistiche consistenti e imprevedibili, si ritiene che lo scostamento dell'obiettivo si possa ridurre del 50% rispetto al dato numerico. Pertanto l'obiettivo si ritiene raggiunto al 96,75%	Si conferma valutazione 1° istanza
	2	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	1.034.179	10%		964.429,02	93,26%	Obiettivo raggiunto parzialmente	Si conferma valutazione 1° istanza
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	3	Implementazione della riabilitazione robotica per malattie neurodegenerative e postumi di osteoporosi severa	attivazione ambulatorio dedicato per reclutamento pazienti con individuazione medico e fisioterapista dedicato	N. pazienti attivati	almeno 20 pazienti entro dicembre 2022		5%	5%	20,00	100%	obiettivo raggiunto Si conferma valutazione 1° istanza
	4	Fracture Liaison Service	attivazione del progetto già steso con l'U.O. Area Vasta 4 di Fermo	trattamento dei pazienti provenienti dall'U.O. dall'Ortopedia di Fermo	Almeno 10 pazienti al 31 dicembre 2022		5%		8,00	80%	obiettivo raggiunto parzialmente all'80% Si conferma valutazione 1° istanza
	5	Prevenzione delle cadute per pazienti a rischio fratture da fragilità	predisposizione ambulatorio dedicato	predisposizione cartella ambulatoriale dedicata	cartella ambulatoriale entro il mese di luglio 2022, 10 pazienti arruolati entro dicembre 2022		5%		10,00	100%	obiettivo raggiunto Si conferma valutazione 1° istanza
	6	PDTA Psoriasi	Avvio delle attività previste e discussioni dei casi trattati	Almeno 2 riunioni verbalizzate	Entro il 31/12/2022		5,0%				Obiettivo non raggiunto Si conferma valutazione 1° istanza
	7	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore		2,5%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	8	Autorizzazione Requisiti Minimi	Autovalutazione da parte della UO e scheda di prima valutazione	Entro il 30/06/2022	vedi indicatore		2,5%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	9	PDTA Scompenso Cardiaco	Costituzione del Gruppo di Lavoro coinvolto nella stesura del PDTA e inizio dell'attività	Formalizzazione del Gruppo di Lavoro costituito Almeno 2 incontri verbalizzati entro il 31/12/2022	vedi indicatore		2,5%	Si veda documentazione c/o UOSD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	10	PDTA BPCO	Costituzione del Gruppo di Lavoro coinvolto nella stesura del PDTA e inizio dell'attività	Formalizzazione del Gruppo di Lavoro costituito Almeno 2 incontri verbalizzati entro il 31/12/2022	vedi indicatore		2,5%	Si veda documentazione c/o UOSD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	11	PDTA Parkinson	Costituzione del Gruppo di Lavoro coinvolto nella stesura del PDTA e inizio dell'attività	Formalizzazione del Gruppo di Lavoro costituito Almeno 2 incontri verbalizzati entro il 31/12/2022	vedi indicatore		2,5%	Si veda documentazione c/o UOSD Qualità e sicurezza del paziente, benessere organizzativo e accreditamento	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	12	Smart Village	Partecipazioni allo sviluppo del progetto Smart Village	Realizzazioni delle attività richieste e condivise con la Direzione Generale	vedi indicatore		2,5%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	13	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziali correlati alla gestione degli accessi vascolari profondi	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Chirurgico; 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3- Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		20%	c'è la documentazione	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	14	Miglioramento qualità dell'assistenza	Migliorare i processi assistenziale correlato alla gestione del cateterismo vescicale	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso; 2- Presentazione programma di diffusione per UO; 3- Realizzazione della diffusione per UO	1- Revisione aggiornamento procedure e percorsi in uso entro il 30/09/2022 a cura del personale del comparto del Dipartimento Medico e Dipartimento Percorsi Geriatrici della Fragilità/Continuità e Riabilitativi 2- Presentazione di un cronoprogramma della diffusione aziendale della procedura aggiornata entro il 30/09/2022; 3- Realizzazione della diffusione per > 80% del personale comparto area sanitaria assegnato per U.O. e/o Servizi entro il 15/12/2022 come da appositi verbali inviati alla Direzione Area Infermieristica		20%	c'è la documentazione	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	15	Implementazione della presa in carico riabilitativa attraverso strumentazione robotica	Utilizzo di strategie a supporto della presa in carico dell'utente degente anche con sistemi di riabilitazione robotica	Numero dei pazienti trattati con apparecchiature robotiche in dotazione ai presidi	Almeno il 60 % dei degenti totali come da diario clinico a partire dal III Quadrimestre 2022. Report mensile da inviare al dirigente delle professioni riabilitative		20%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
	16	Creazione di un pool di medici ricercatori su base dipartimentale	Individuazione del pool di medici ricercatori per l'attività di ricerca d'Istituto	Riunioni verbalizzate del pool dipartimentale su argomenti in linea con la strategia della Direzione Scientifica	Partecipazione di almeno 1 medici ad almeno 3 riunioni dipartimentali		10%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	17	Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	IFM		6,00	5%		15,60	260%	obiettivo raggiunto Si conferma valutazione 1° istanza
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi							35%	30%			

'R3620800 - SOSD PERCORSI CLINICI INTEGR DERMATOLOG CON AV E TERRIT. FM		Responsabile : Dr. Morresi Direttore Dipartimento: dr. Postacchini		BUDGET 2022							
SETTORE	PRO GR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
<i>Economico-finanziario</i>											
	1	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	46.129	15%		40.769,30	88%	Obiettivo parzialmente raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>											
	2	Percorso Mici	Slot dedicati per pazienti affetti da MICI nell'ambito della IBD unit	Slot settimanali per pz affetti da MICI	2 slot settimanali disponibili a partire da giugno 2022	10%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	3	Percorso Psoriasi	Slot dedicati per pazienti affetti da Psoriasi nell'ambito della IBD unit	Slot settimanali per presa in carico pazienti Psoriasi	2 slot settimanali disponibili a partire da giugno 2022	5%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	4	PDTA Psoriasi artropatica	Avvio delle attività previste e discussioni dei casi trattati	Almeno 2 riunioni verbalizzate	Entro il 31/12/2022 con almeno 10 pz	10%				Obiettivo non raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	Autorizzazione Requisiti Minimi	Autovalutazione da parte della UO e scheda di prima valutazione	Entro il 30/06/2022	vedi indicatore	5%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	6	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	5%				Obiettivo non raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>											
	7	Creazione di un pool di medici ricercatori su base dipartimentale	Individuazione del pool di medici ricercatori per l'attività di ricerca d'Istituto	Riunioni verbalizzate del pool dipartimentale su argomenti in linea con la strategia della Direzione Scientifica	Partecipazione di almeno 1 medico ad almeno 3 riunioni dipartimentali	15%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
<i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i>		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35%	30%				

STAFF

'R0102700 - SEGRETERIA DIREZIONE SCIENTIFICA		Responsabile : dr. Di Ruscio		BUDGET 2022							
SETTORE	PROG R.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
<i>Economico-finanziario</i>											
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>											
	1	Attività Reti IRCCS	Supporto alle attività delle Reti IRCCS	Partecipazione agli incontri e alle attività delle Reti IRCCS	report entro il 31/12/2022	10%	10%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	2	Attività di Project Management	Collaborazione alla stesura di proposte progettuali	collaborazione alla stesura di almeno 2 proposte	vedi indicatore	5%	15%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	3	Segreteria all'Organo Istituzionale Consiglio di Indirizzo e Verifica	Stesura e gestione dei verbali	Numero verbali approvati	vedi indicatore		10%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	4	Gestione rapporti Ministero della Salute - Workflow della Ricerca	Caricamento flusso informativo richiesto	Rispetto delle scadenze	vedi indicatore		10%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	Attività Database Istituzionale INRCA ReportAge e Health Big Data	Supporto alle attività del Database Istituzionale INRCA ReportAge e Health Big Data	Coordinamento e partecipazione agli incontri e alle attività di Progetto	report entro il 31/12/2022	50%	15%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	6	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore		10%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>											
<i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i>		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35%	30%				

[illegible]

R0101500 - SOC CONTROLLO DI GESTIONE, PROGRAMMAZIONE, FLUSSI INFORMATIV		Responsabile : Dr. Di Ruscio Roberto Direttore Dipartimento: dr. Di Ruscio Roberto		BUDGET 2022							
SETTORE	PROG R.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario											
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	1	Progetto di implementazione del software di gestione delle risorse umane (HR) dell'Irca	Sistema del Personale HR: 1) Esportazione dati, trascodifica dati e migrazione dati. Recupero dati provvisorio e definitivo 2) Profilatura ed attivazione utenze: definizione di ruoli e gli uffici da associare alle utenze procedurali 3) Formazione sul sistema sia agli utenti amministratori che utenti 4) Integrazione tra il nuovo sistema e i diversi sottosistemi attualmente integrati	1) Realizzazione Piano di migrazione 2) Documento di integrazione	1) Realizzazione piano di migrazione entro 31/12/2022 2) Realizzazione documento entro 31/12/2022	15%				obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	2	Progetto di implementazione del software amministrativo contabile logistica (AMC) dell'Irca	1) Esportazione dati, trascodifica dati e migrazione dati. Recupero dati provvisorio e definitivo 2) Profilatura ed attivazione utenze: definizione di ruoli e gli uffici da associare alle utenze procedurali 3) Formazione sul sistema sia agli utenti amministratori che utenti 4) Integrazione tra il nuovo sistema e i diversi sottosistemi attualmente integrati	1) Realizzazione Piano di migrazione 2) Profilazione utenti 3) Piano di formazione dei nuovi utenti 4) Documento di integrazione	1) Realizzazione piano di migrazione entro 31/12/2022 2) Profilazione utenti entro 31/12/2022 3) Realizzazione formazione entro 31/12/2022 4) Realizzazione documento entro 31/12/2022	15%	30%			obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	4	Supporto all'adozione dei Bandi dei piramidati	Attività di individuazione dei requisiti specifici per i bandi per i piramidati	Presentazione dei requisiti specifici alla Direzione Scientifica e Direzione Amministrativa	Entro il 30/06/2022	15%	30%			obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	Azioni positive per la parità di genere	Proposte formative per i dipendenti su temi riguardanti la parità di genere	Presentazione di due proposte formative sui seguenti temi: La violenza di genere nei confronti degli operatori. Come riconoscerla e combatterla Stereotipi e comunicazione: stili comunicativi misogeni	Entro novembre 2022	10%	10%			obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	6	Sito Internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	10%				obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35%	30%				

*R0101700 - SOSD FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE		Responsabile : Dott.ssa Pacenti Direttore Dipartimento: Dott. Di Ruscio		BUDGET 2022							
SETTORE	PROG. R.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario											
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	1	Miglioramento modalità di offerta dei progetti formativi	Ricerca sul mercato di soluzioni innovative e/ o alternative per la realizzazione di percorsi formativi	Studio di fattibilità	entro il 30/11/2022	5%	5%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	2	Ottimizzazione percorso organizzativo e/o metodologico del processo formativo	Rivisitazione regolamento della formazione	Bozza Regolamento	entro il 30/11/2022	10%	10%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	3	Realizzazione materiale informativo INRCA	Realizzazione opuscoli, brochures, volumi, riviste,newletter sia cartacei che on line, pagine informative su social network e posters scientifici	N 12 post su social network, n. 5 uscite newsletter Inrca	n. 12 post su social network***, 5 uscite newsletter (periodo febbraio-dicembre 2022)	10%	20%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	4	Promozione attività INRCA sui principali media (carta stampata, online e televisioni)	Elaborazione articoli e contatti con redazioni, partecipazioni professionisti inrca presso tv locali	organizzazione puntate su eccellenze INRCA presso Etv	Almeno 4 partecipazioni INRCA su Etv	10%	20%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	5	Azioni positive per la parità di genere	Proposte formative per i dipendenti su temi riguardanti la parità di genere	Presentazione di due proposte formative sui seguenti temi: La violenza di genere nei confronti degli operatori. Come riconoscerla e combatterla Stereotipi e comunicazione: stili comunicativi misogeni	Entro novembre 2022	10%	5%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	6	Utilizzo Social Media istituzionali e personali	Aggiornamento del regolamento sull'utilizzo dei social media istituzionali e personali	Redazione bozza di aggiornamento del regolamento	Entro il 30/11/2022 da presentare alla Direzione Amministrativa	10%	10%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione
	7	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	10%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi											
	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					35%	30%				

'R0101800 - SOSD SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE E MEDICO COMPETENT		Responsabile : Ing. Madoe Giovanni Direttore Dipartimento: dott. Di Ruscio Roberto		BUDGET 2022							
SETTORE	PRO GR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario											
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	1	Lavorazione procedure di sicurezza per le varie attività aziendali	Elaborazione delle procedure di sicurezza	Presentazione procedure	Almeno 3 entro il 30/11/2022	15%	25%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	2	Formazione sicurezza lavoratori	Partecipazione a gruppi di lavoro regionali con le altre aziende sanitarie per la formazione sulla sicurezza dei lavoratori	Collaborazione alla produzione di protocolli condivisi e allo sviluppo di una piattaforma regionale	Relazione sull'implementazione entro il 31/12/2022	15%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	3	Incremento sicurezza antincendio	Incremento numero nuovi addetti antincendio	Organizzazione e svolgimento di almeno tre corsi	Miglioramento squadre di emergenza entro il 31/12/2022	15%	25%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	4	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	10%	20%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
	5	Azioni positive per la parità di genere	Proposte formative per i dipendenti su temi riguardanti la parità di genere	Presentazione di due proposte formative sui seguenti temi: La violenza di genere nei confronti degli operatori. Come riconoscerla e combatterla Stereotipi e comunicazione: stili comunicativi misogeni	Entro novembre 2022	10%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione e 1° istanza
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35%	30%				

'R0102000 - SOSP. UFFICIO PER LA RICERCA, L'INNOVAZIONE ED IL TRASFERIMENTO TECNOLOGICO		Responsabile : Direttore Dipartimento: Dott. Di Ruscio		BUDGET 2022							
SETTORE	PRO GR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario											
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
	1	Produzione scientifica	Incremento della produzione scientifica	Punteggio IF	20	15,0%	15%	56,00	280%	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	3	Formazione	Organizzazione di corsi di formazione per personale medico e di ricerca	Blueprint program per lo sviluppo di competenze relative alla implementazione dei risultati di ricerca e pratica clinica: - Utilizzo di banche dati e sistemi bibliometrici - Metodologia: dal progetto di ricerca al protocollo di studio nella ricerca clinica	Relazione e corredo documentale dei corsi	30,0%	30%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	4	Azioni positive per la parità di genere	Proposte formative per i dipendenti su temi riguardanti la parità di genere	Presentazione di due proposte formative sui seguenti temi: La violenza di genere nei confronti degli operatori. Come riconoscerla e combatterla Stereotipi e comunicazione: stili comunicativi misogeni	Entro novembre 2022	10,0%	15%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	10,0%	10%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35%	30%				

'R0102500 - SOST MODELLI ASSISTENZIALI E NUOVE TECNOLOGIE		Responsabile : Ing. Rossi Direttore Dipartimento: Dott. Di Ruscio		BUDGET 2022						
SETTORE	PROG. R.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE DEL CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario										
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)										
Prospettiva dell'utenza e stake	1	Produzione scientifica	Incremento della produzione scientifica	Punteggio IF	18,00	15%	66,00	367%	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	2	Attività Scientifica	Partecipazione a bandi di ricerca a progetto	Progetti presentati	Almeno 2	15%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	3	Trasferimento tecnologico	Partecipazione al gruppo di lavoro ministeriale e progettazione ed di un corso interattivo per i ricercatori	Realizzazione corso	report finale	15%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	4	Azioni positive per la parità di genere	Proposte formative per i dipendenti su temi riguardanti la parità di genere	Presentazione di due proposte formative sui seguenti temi: La violenza di genere nei confronti degli operatori. Come riconoscerla e combatterla Stereotipi e comunicazione: stili comunicativi misogeni	Entro novembre 2022	10%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
	5	Sito internet aziendale	Aggiornamento delle sezioni del sito relative ai dati dell'UO e del gestionale relativamente a progetti e pubblicazioni	Almeno due aggiornamenti/anno con mail inviate all'UO Comunicazione (anche in assenza di aggiornamenti)	vedi indicatore	10%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Si conferma valutazione 1° istanza
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				35%				

[illegible]