

ALLEGATO N.1 - Risultati per UU.OO

Scheda obiettivi 2021

| 93651140 - ANESTESIA OSIMO | | Responsabile: Dr. Luorio Direttore Dipartimento: dr. DeIabella | | | BUDGET 2021 | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | | |
|--|---------|--|--|--|--|-------------------|--|---|----------------|-------------------|--|--|---|----------------------------------|---------------------|
| SETTORE | PRO GR. | OBBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE Cdr | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA | |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Implementazione percorso accessi vascolari | Valutazione richieste di posizionamento | N. richieste/n richieste valutate | 98% | | 100% | 100% | 10,0% | 5,0% | documentazione pervenuta in data 10/01/2022 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto | |
| | 2 | Messa a regime analgesia ambulatoriale | Mantenimento volumi 2020 | N. prestazioni | Uguale 2020 | | 2021= 1054 2020=798 | 132% | 5,0% | 5,0% | Il volume di prestazioni nell'anno 2021 è aumentato rispetto all'anno 2020 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto | |
| | 3 | Acquisizione tecnologia radiofrequenze | Formalizzazione progetto | Stesura progetto | Relaz dic 2021 | | | | | 5,0% | documentazione pervenuta in data 04/12/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto | |
| | 4 | Implementazione analgesia Montagnola | Ambulatorio di analgesia | Presentazione progetto al fine dell'apertura dell'ambulatorio nel 2022 | 01/12/2021 | | | | | 10,0% | documentazione inviata in data 26/11/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto | |
| | 6 | Aggiornamento Procedura per Raccomandazione 5 Traffusionale | Aggiornamento Procedura 5 | Produzione Documento aggiornato tramite gruppo di miglioramento con UO Medicina Osimo, UO Geriatria Fermo, UO Anestesia, UO Nefrologia | Vedi indicatore entro 31/10/2021 | | | | | 10,0% | 10,0% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 7 | Aggiornamento Procedure in Blocco Operatorio (Raccomandazioni 3 e 2) | 1) Aggiornamento procedure relative alle raccomandazioni 2 e 3 anche attraverso funzionalità fisse, ivi compresi l'approvvigionamento e lo smaltimento dei disinfectanti. 2) Pianificazione delle attività propedeutiche all'aggiornamento del manuale della sicurezza in blocco operatorio | 1) Stesura procedure tramite gruppo di miglioramento con UO Chirurgia, Urologia e Dermatologia 2) Redazione di un documento di pianificazione delle attività propedeutiche | Vedi indicatore entro 30/11/2021 | | | | | 10,0% | 15,0% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 8 | Stesura Procedura trasporti (Raccomandazione 11) | Stesura Procedura Raccomandazione 11 | Produzione Documento tramite gruppo di miglioramento con LUOO Anestesia, UO Cardiologia, UO Pneumologia, UO Emergenza Osimo e PPI Ancona | Vedi indicatore entro 31/10/2021 | | | | | 5,0% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto | |
| | 9 | Interventi in anestesia neuroassiale toracica | Procedura sugli interventi in anestesia neuroassiale toracica | Stesura procedura | Entro il 31/12 | | | | | 10,0% | documentazione pervenuta in data 04/12/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto | |
| | 10 | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere | Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio | 1) Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero, entro il 30/06/2021 2) Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di riferimento Applicazione mensile come da strumenti e metodi (Check list complete) secondo semestre entro il 31/12/2021 | | | | | 10,0% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione dr. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto | |
| | 11 | Miglioramento Organizzativo | Garantire le attività di trasporto pazienti in barella e carrozzina da e per interno Unità Operative- Servizi ambulatoriali specialistici situati sullo stesso corpo strutturale | Redigere indicazioni operative condivise di Unità Operativa per definire criteri organizzativi di Unità Operativa per la gestione del trasporto interno. Modalità Operative definite ed applicate. | Redazione Indicazioni operative e invio DMO entro 30-6-2021. Sperimentazione e attuazione delle modalità operative definite entro il 30/09/2021 | | | | | 15,0% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione dr. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto | |
| | 12 | Miglioramento Organizzativo | Garantire l'integrazione operativa delle risorse umane del comparto tra aree omogenee de. P.O. di Ancona Osimo, o dipartimentali di FE - CTN- GS | Presentazione di un progetto di fattibilità di integrazione avvio del progetto entro 30 Settembre | Avvio e sperimentazione del progetto da Ottobre a Dicembre N. Turni /Prestazioni integrate | | | | | 15,0% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione dr. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto | |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 13 | Attività progetto Stars | Partecipazione alle attività di progetto | 1) Realizzazione 2 meeting di Istituto sul tema 2) Presentazione report sulle attività progetto Stars | 1) 2 meeting entro 30/11 2) Presentazione documento entro 30/11 | | | | | 5,0% | | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto | |
| | 14 | Attività scientifica | Presentazione proposta progettuale per la programmazione 2021-2023 Ricerca Corrente | Presentazione proposta alla Direzione Scientifica | Entro il 31/12 | | | | | 2,5% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo non valutabile. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo non valutabile, vista l'attestazione della direzione scientifica | Obiettivo non valutabile | |
| | 15 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 - Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | | 2,5% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto | |
| Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | | | | 25,0% | 30,0% | | | | |

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA
IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE)

| 'R2410100 - SOC CENTRO TECNOLOGIE AVANZATE DELL'INVECCHIAMENTO AN | | Responsabile : Dr. Provinciali Direttore Dipartimento: dr. Dellabella | | BUDGET 2021 | | | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | |
|--|---------|--|--|--|--|-------------------|--|---|----------------|---------------|--|---|----------------------------------|------------------------|
| SETTORE | PRO GR. | OBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE Cdr | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Area IRCCS | Avanzamento studio Reportage Covid | Presentazione lavoro x pubblicazione | Entro il 31/12/2021 | | | | 5% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 2 | Emergenza Covid | Diagnostica molecolare per rilevazione di SARS-CoV-2 | Partecipazione attività diagnostica molecolare | Vedi indicatore | | | | 20% | 50% | | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Sanitaria | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 3 | Linee Ricerca Corrente | Coordinamento Linea Ricerca Corrente | Elaborazione piano strategico della Linea di Ricerca | Entro il 31/12/2021 | | | | 15% | 10% | | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 4 | Area IRCCS-Capacità di operare in rete | Partecipazione alle attività della rete IRCCS Invecchiamento | Partecipazione alle iniziative della Direzione Scientifica | Partecipazione ad almeno 4 riunioni e/o meeting | | | | 10% | 10% | | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5 | Area scientifica | Invio articoli a riviste con IF | Punteggio IFM | 50 | 50,20 | 100% | 100% | 10% | | | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 6 | Ricerca Corrente | Coordinamento linee di ricerca | Partecipazione alla consuntivazione RC anno 2020 e programmazione 2021-23- Rete IRCCS Invecchiamento | Presentazione di Reports Presentazione Programmazione | | | | 15% | | Documentazione obiettivo "Programmazione RC" presente nella cartella obt trasversali | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| <i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA

IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE)

| R3610300 - SOC UROLOGIA AN | | Responsabile : Dr. Dellabella Direttore Dipartimento: dr. Dellabella | | | BUDGET 2021 | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | |
|--|--------|--|--|--|--|-------------------|--|---|----------------|-------------------|---|--|--|--------------------------|
| SETTORE | PROGR. | OBBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Trattamento con cellule mesenchimali | Acquisizione conoscenze sul trattamento con cellule mesenchimali | Relazione sulle conoscenze acquisite | Entro il 31/12/2021 | | | | | | documentazione pervenuta in data 27/12/2021 | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 2 | Valorizzazione e sviluppo del percorso di diagnosi e trattamento focale del CA prostata a basso e medio rischio. | Aggiornamento del percorso da condividere con l'UO Diagnostica per Immagini ai fini della presentazione di un progetto regionale | Presentazione del progetto con aggiornamento del percorso | Entro il 30/10/2021 | | | | | | documentazione pervenuta in data 08/11/2021 | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 3 | Sviluppo attività in coerenza al DM70 e per ulteriori categorie | Presentazione di un progetto di rimodulazione superiore dell'attività complessa secondo il DM70 | Presentazione progetto | Entro il 30/06/2021 | | | | | | Documentazione inviata alla Direzione Sanitaria in data 30/06/2021 | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 4 | Appropriatezza richiesta visita Cardiologica pre-operatoria | Protocollo per valutare l'appropriatezza delle richieste di visita cardiologica da parte del Dipartimento Chirurgico e definire percorsi condivisi | Elaborazione protocollo | Entro il 31/12/2021 | | | | | | documentazione inviata dal dr. Antonicelli in data 17/12/2021 | Obiettivo raggiunto come da documentazione alleata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 5 | Sviluppo programmazione attività sala operatoria per codici priorità | Ridefinizione Programmazione complessiva in ottica dipartimentale (UO UO Chirurgiche e Anestesia) dell'attività chirurgica del PQR Marche | Report periodici sulla programmazione degli interventi nei Presidi | Report da inviare mensilmente alla Direzione Sanitaria e alla DMPO a partire dal mese di giugno | | | | | | I reports relativi ai mesi giugno-dicembre 2021 sono stati inviati mensilmente alla DMPO e alla Direzione Sanitaria | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 6 | Aggiornamento Procedure in Blocco Operatorio (Raccomandazioni 3 e 2) | 1) Aggiornamento procedure relative alle raccomandazioni 2 e 3 anche attraverso funzionalità fisse, ivi compresi l'approvvigionamento e lo smaltimento dei disinfettanti. 2) Pianificazione delle attività propedeutiche all'aggiornamento del manuale della sicurezza in blocco operatorio | 1) Stesura procedure tramite gruppo di miglioramento con UO Chirurgia, Anestesia e Dermatologia 2) Redazione di un documento di pianificazione delle attività propedeutiche | Vedi indicatore entro 30/11/2021 | | | | 15,0% | 30,0% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto, si veda la mail del Dott. luorio | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 7 | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere | Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio | 1) Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. entro il 30/06/2021 2) Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di riferimento Applicazione mensile come da strumenti e metodi (Check list compilate) secondo semestre entro il 31/12/2021 | | | | | 15,0% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione Marinelli | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 8 | Miglioramento Organizzativo | Garantire le attività di trasporto pazienti in barella e carrozzina da e per Interno Unità Operative- Servizi ambulatoriali specialistici situati sullo stesso corpo strutturale | Redigere indicazioni operative condivise di Unità Operativa per definire criteri organizzativi di Unità Operativa per la gestione del trasporto interno. Modalità Operative definite ed applicate. | Redazione Indicazioni operative e invio DMO entro 30-6-2021. Sperimentazione e attuazione delle modalità operative definite entro il 30/09/2021 | | | | | 25,0% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione Marinelli | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 10 | Produzione scientifica | Publicazione su riviste con IF | IFM | 7 | 14,40 | 206% | 100% | 5,0% | | | Si veda relazione della Direzione Scientifica | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 11 | Attività scientifica | Presentazione proposta progettuale per la programmazione 2021-2023 Ricerca Corrente | Presentazione proposta alla Direzione Scientifica | Entro il 31/12 | | | | | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Per i motivi espressi nella documentazione allegata si ritiene l'obiettivo non valutabile. | Obiettivo non valutabile | Obiettivo non valutabile |
| | 12 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazioni e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda l'attestazione della Direzione Scientifica | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | 25,0% | 30,0% | | | | |

IL RESPONSABILE

IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE GENERALE

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA

IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE)

| R3610800 - SOC DERMATOLOGIA / CENTRO DI RICERCA DERMATOLOGICA GERIATRICA | | Responsabile : Dr. Giacchetti Direttore Dipartimento: dr. DeIbellio | | | BUDGET 2021 | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | |
|---|------------|--|--|---|--|--------------------|--|---|----------------|-------------------|--|--|---|--------------------------|
| SETTORE | PROG. GLO. | OBBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUMATIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CDR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità) | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | Sorveglianza infezioni postchirurgiche | Istituzione registro infezioni | Verifica di infezioni sul tot interventi | Numero infezioni sul totale <3/5% | 0,512% | 100% | 100% | 15,0% | | | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| 2 | | PDTA Melanoma e Tumori cutanei | Integrazione con il PDTA elaborato dall'Ospedale Riuniti | Report sui casi discussi | Entro il 31/12/2021 | | | | 15,0% | | | Si reputa l'obiettivo non valutabile per le motivazioni espresse nella documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo non valutabile visto che il raggiungimento dell'obiettivo non dipendeva direttamente dal Responsabile dell'UO ma anche da soggetti esterni all'INRCA | obiettivo non valutabile |
| 3 | | Aggiornamento Procedure in Blocco Operatorio (Raccomandazioni 3 e 2) | 1) Aggiornamento procedure relative alle raccomandazioni 2 e 3 anche attraverso funzionalità fisse, ivi compresi l'approvvigionamento e lo smaltimento dei disinfettanti. 2) Pianificazione delle attività propedeutiche all'aggiornamento del manuale della sicurezza in blocco operatorio | 1) Stesura procedure tramite gruppo di miglioramento con UO Chirurgia, Urologia e Anestesia 2) Redazione di un documento di pianificazione delle attività propedeutiche | Vedi indicatore entro 30/11/2021 | | | | 15,0% | 30% | Documentazione presente nella cartella "Obi trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione inviata dal dr. luorio | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| 4 | | Appropriatezza visita cardiologica preoperatoria | Protocollo per valutare l'appropriatezza delle richieste di visita cardiologica preoperatoria e definizione di protocolli condivisi | Elaborazione protocollo | Definito entro il 31.12.2021 | | | | 15,0% | | documentazione inviata dal dr. Antonietti in data 17/12/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| 5 | | Percorso Psoriasi | Condivisione percorso presa in carico paziente con Psoriasi con UCSO Percorsi Integrati dermatologici | Presentazione progetto | Entro il 30/09/2021 | | | | 5,0% | | Il progetto è stato consegnato brevi manu alla DMPO entro la data stabilita dal valore obiettivo | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Visto il mancato coinvolgimento dell'UCSO Percorsi Integrati Dermatologico, si ritiene l'obiettivo non raggiunto | obiettivo non raggiunto |
| 6 | | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere | Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio | 1) Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero entro il 30/06/2021 2) Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di riferimento Applicazione mensile come da strumenti e metodi (Check list compilate) secondo semestre entro il 31/12/2021 | | | | 20% | | Documentazione presente nella cartella "Obi trasversali" | Si veda relazione dr. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| 7 | | Miglioramento Organizzativo | Garantire le attività di trasporto pazienti in barella e carrozzina da e per interno Unità Operative- Servizi ambulatoriali specialistici situati sullo stesso corpo strutturale | Redigere indicazioni operative condivise di Unità Operativa per definire criteri organizzativi di Unità Operativa per la gestione del trasporto interno. Modalità Operative definite ed | Redazione Indicazioni operative e invio DMO entro 30-6-2021. Sperimentazione e attuazione delle modalità operative definite entro il 30/09/2021 | | | | 20% | | Documentazione presente nella cartella "Obi trasversali" | Si veda relazione dr. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| Prospettiva dell'utenza e stakeholder | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | Attività scientifica | Presentazione proposta progettuale per la programmazione 2021-2023 Ricerca Corrente | Presentazione proposta alla Direzione Scientifica | Entro il 31/12 | | | | 2,5% | | Documentazione presente nella cartella "Obi trasversali" | Obiettivo non valutabile. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo non valutabile, vista l'attestazione della direzione scientifica | obiettivo non valutabile |
| 9 | | Partecipazione a Trial e studi scientifici | Partecipazione alle attività dei Trial e di studi scientifici attraverso l'arruolamento di pazienti | Numero pazienti arruolati complessivamente | 10 | | | | 5,0% | | | Si reputa l'obiettivo non valutabile per le motivazioni espresse nella documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo non raggiunto in quanto non è stata richiesta una rivisitazione dell'obiettivo. | obiettivo non raggiunto |
| 10 | | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per le site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 2,5% | | Documentazione presente nella cartella "Obi trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | 25,0% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA
IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE)

| R3612000 - SOC CHIRURGIA GENERALE E PATOLOGIA CHIRURGICA AN | | Responsabile : Dr. Boccoli Direttore Dipartimento: dr. Delabellera | | BUDGET 2021 | | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | |
|--|----------|--|---|--|--|-------------------|--|---|----------------|-------------------|---|---|---|----------------------------------|
| SETTORE | PROG. R. | OBBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CGr | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Chirurgia vascolare | Trattamento pazienti in elezione con aneurisma dell'aorta addominale e delle arterie iliache | N. interventi presso il POR Ancona | ≥10 | | 7,00 | 70% | 70% | 5,0% | | Obiettivo raggiunto. Si veda la documentazione allegata | Obiettivo parzialmente raggiunto | obiettivo parzialmente raggiunto |
| | 2 | Valorizzazione e Sviluppo competenze in Radiologia Interventistica e Vascolare | Verifica della appropriatezza delle richieste e dei percorsi diagnostici terapeutici nella patologia ischemica degli arti inferiori Stesura linea guida condivise | Incontri interdisciplinari (Radiologia, Chirurgia, Piede diabetico) di discussione della casistica vascolare e valutazione indicazioni diagnostiche, priorità ed opzioni terapeutiche Stesura documento condiviso | n incontri verbalizzati (almeno 10 /anno) Entro il 30/11/2021 | | 10 | 100% | 100% | 5,0% | | Obiettivo raggiunto. Si veda la documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 3 | Sviluppo attività in coerenza al DM70 e atti regionali per volumi minimi e per le categorie individuate, colecistectomia laparoscopica | Effettuazione interventi di colecistectomia laparoscopica nel presidio individuato | Effettuazione interventi di laparoscopia | valore atteso previsto negli obiettivi regionali | | 81% | 81% | 81% | 10,0% | | Obiettivo raggiunto. Si veda la documentazione allegata | Obiettivo parzialmente raggiunto | obiettivo parzialmente raggiunto |
| | 4 | Sviluppo attività in coerenza al DM70 e per ulteriori categorie | Presentazione di un progetto di rimodulazione ulteriore dell'attività complessa secondo il DM70 e anche in considerazione delle riaperture a seguito della conclusione dell'emergenza pandemica | Presentazione progetto N.casi per patologia di cui DM 70 | Entro il 30/09/2021 Uguale o maggiore del 2019 per i casi individuati | | 2021= 105 2019= 95 | 111% | 100% | 10,0% | documentazione e pervenuta in data 28/10/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda la documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 5 | Appropriatezza richiesta visita Cardiologica pre-operatoria | Protocollo per valutare l'appropriatezza delle richieste di visita cardiologica da parte del Dipartimento Chirurgico e definire percorsi condivisi | Elaborazione protocollo | entro il 31/12/2021 | | | | | 5,0% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda la documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 6 | Sviluppo programmazione attività sala operatoria per codici priorità | Ridefinizione Programmazione complessiva in ottica dipartimentale (LUOD Chirurgiche e Anestesiologiche) attività chirurgica del POR Marche | Report periodici sulla programmazione degli interventi nei Presidi | Report da inviare mensilmente alla Direzione Sanitaria e alla DMPO a partire dal mese di giugno | | | | | 10,0% | | Obiettivo raggiunto. Si veda la documentazione allegata | Tenendo conto del mancato invio del report, si ritiene l'obiettivo non | obiettivo non raggiunto |
| | 7 | Appropriatezza attività chirurgica | Trasferimento dell'attività DS in regime ambulatoriale come da direttive regionali | Trasferimento del 100%, come da attestazione della DMPO (fonte CVPS) | vedi indicatore | | 91,4% | 91,4% | 91,4% | 5,0% | | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione DMPO | Vista l'attestazione della DMPO, si ritiene l'obiettivo parzialmente raggiunto | obiettivo parzialmente raggiunto |
| | 8 | Preso in carico pazienti piede diabetico | Partecipazione alla presa in carico dei pazienti del Piede Diabetico | Definizione di un percorso di presa in carico del paziente in collaborazione con le UOOD Diabetologia, Nefrologia, Cardiologia, Neurologia, Medicina Riabilitativa, Radiologia, Geriatria | Entro il 30/09/2021 | | | | | 10,0% | documentazione inviata in data 30/09/2021 dalla dr.ssa Tortato a nome del GdL | Obiettivo raggiunto. Si veda la documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 9 | Aggiornamento Procedure in Blocco Operatorio (Raccomandazioni 3 e 2) | Aggiornamento procedure relative alle raccomandazioni 2 e 3 anche attraverso funzionalità fisse, ivi compresi l'approvvigionamento e lo smaltimento dei disinfettanti. Pianificazione delle attività propedeutiche all'aggiornamento del manuale della sicurezza in blocco operatorio. | Stesura procedure tramite gruppo di miglioramento con UO Dermatologia, Urologia e Anestesia Redazione di un documento di pianificazione delle attività propedeutiche | vedi indicatore entro 30/11/2021 | | | | | 5,0% | 30% Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda la documentazione inviata dal dr. fuorio | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 10 | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere | Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio | 1- Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero, entro il 30/06/2021 2- Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di riferimento Applicazione mensile come da Strumenti e metodi (Check list complete) secondo semestre entro il 31/12/2021 | | | | | 20% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione del dr. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 11 | Miglioramento Organizzativo | Garantire le attività di trasporto pazienti in barella e carrozzina da e per Interno Unità Operative. Servizi ambulatoriali specialistici situati sullo stesso corpo strutturale | Redigere indicazioni operative condivise di Unità Operativa per definire criteri organizzativi di Unità Operativa per la gestione del trasporto interno. Modalità Operative definite ed applicate. | Redazione indicazioni operative e invio DMO entro 30-6-2021. Sperimentazione e attuazione delle modalità operative definite entro il 30/09/2021 | | | | | 20% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione del dr. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 12 | Attività scientifica | Presentazione proposta progettuale per la programmazione 2021-2023 Ricerca Corrente | Presentazione proposta alla Direzione Scientifica | entro il 31/12 | | | | | 2,5% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo non valutabile. Si veda attestazione direzione scientifica | Vista l'attestazione della Direzione Scientifica, si ritiene l'obiettivo non valutabile | obiettivo non valutabile |
| | 13 | Produzione scientifica | Pubblicazione su riviste con IF | IFM | | 4 | 4 | 100% | 100% | 5,0% | | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione direzione scientifica | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 14 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispeziva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | | 2,5% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione direzione scientifica | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| <i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i> | | | | | | | | | | 25,0% | 30% | | | |

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA
IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE)

| R3613000 - SOC ODONTOSTOMATOLOGIA AN | | Responsabile : Prof Procacini Direttore Dipartimento: dr. DeIabella | | BUDGET 2021 | | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | |
|--|--|---|---|---|-------------------|--|---|----------------|---------------|--|--|---|--------------------------|
| SETTORE | OBBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE Cdr | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Miglioramento qualità assistenziale | Valutazione dell'impatto della pandemia sull'accesso alle cure dentali da parte dell'utenza geriatrica | Creazione scheda di rilevamento | Produzione Report entro il 31/12/21 | | | | | 15% | | Obiettivo raggiunto. Si veda la documentazione | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| 2 | Miglioramento e implementazione Attività Ambulatoriale | Incremento dell'attività ambulatoriale | Incremento dell'attività rispetto all'anno precedente | >10% rispetto al 2020 | | 100% | 100% | 15% | | L'attività è stata incrementata del 43% | Obiettivo raggiunto. Si veda la documentazione | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| 3 | Aggiornamento Procedura d'Istituto Gestione Farmaci (contenente già raccomandazione 1, 7, 10, 12) e aggiunta delle raccomandazione 17/18/19 (che utilizzeranno per implementazioni il SIS) | Aggiornamento del documento ed inserimento indicazioni aggiungendo la Racc. 19/18/17 anche attraverso operatività del SIS | Produzione Documento aggiornato tramite gruppo di miglioramento con FARMACIA, CMI, Geratria Ancona, Fermo e Cosenza, Medicina Osimo, Pneumologia Casatenovo, Nutrizione Clinica (per la sola Racc. 19), Odontoiatria (per la sola raccomandazione 10) | vedi indicatore entro 31/10/2021 | | | | 15% | 30% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione inviata dalla dr.ssa Ferrara | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| 4 | Sviluppo di nuovi modelli assistenziali | Sviluppo di progetto innovativo di Teleodontoiatria a favore di pazienti fragili | presentazione del progetto | entro il 31/10/21 | | | | 15% | | documentazione pervenuta in data 29/10/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda la documentazione | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| 5 | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere | Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio | 1- Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero, entro il 30/06/2021 2- Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di riferimento Applicazione mensile come da strumenti e metodi (Check list compilate) secondo semestre entro il 31/12/2021 | | | | | 40% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione dr. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Produzione scientifica | Publicazione su riviste con IF | IFM | | 10 | 17,40 | 174% | | 5% | | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| 7 | Attività scientifica | Presentazione proposta progettuale per la programmazione 2021-2023 Ricerca Corrente | Presentazione proposta alla Direzione Scientifica | entro il 31/12 | | | | 5% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo non valutabile. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Vista l'attestazione della Direzione Scientifica, si ritiene l'obiettivo non valutabile | Obiettivo non valutabile |
| 8 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 5% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| <i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i> | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE

IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE GENERALE

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA

IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE)

| R3613900 - S0SD GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA | | Responsabile : Dr. Tarsetti Direttore Dipartimento: dr. Della Bella | | BUDGET 2021 | | | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | |
|--|----------|--|---|--|---|-------------------|--|---|----------------|---------------|--|---|----------------------------------|------------------------|
| SETTORE | PROG. R. | OBBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Economico-finanziario</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Implementazione ambulatorio epatologico | Definizione di un protocollo interdisciplinare gestione pazienti con patologie epatiche ad eziologia virali, autoimmuni e pazienti con epatocarcinoma e trapianti epatici | stesura protocollo n. pazienti gestiti | Entro31/12/2021 30 Pazienti | 44,00 | 147% | 100% | 15% | 5% | | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 2 | Endoscopia operativa vie biliari | gestione pazienti con patologie benigne e maligne delle vie biliari e pancreatiche | n. pazienti gestiti | 25 Pazienti | 74 | 100% | 100% | 15% | | | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 3 | Protocollo per procedura di monitoraggio microbiologico su apparecchiature endoscopiche e dispositivi medici | stesura e applicazione del protocollo per l'apparecchiatura endoscopica | stesura protocollo almeno 2 controlli | Protocollo entro 30/09/2021 vedi indicatore per protocolli | | | | 10% | 10% | Protocollo inviato alla direzione Sanitaria in data 09/08/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 4 | Gestione dei pazienti covid positivi in sicurezza | Stesura ed applicazione del protocollo per la gestione dei pazienti covid positivi in sicurezza | 1) Stesura protocollo 2) Almeno 2 controlli | Protocollo da realizzare entro 30/09/2021 | | | | 10% | 10% | documentazione inviata alla Direzione Sanitaria | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 5 | Ambulatorio Mici | Definizione dell'organizzazione di un ambulatorio unico tra Ancona e Osimo e avvio delle attività | Presentazione del piano organizzativo e avvio delle attività | Piano entro 30/09/2021 e avvio delle attività | | | | 15% | 5% | Protocollo inviato alla direzione Sanitaria in data 31/08/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 6 | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere | Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio | 1- Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. entro il 30/06/2021 2- Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di riferimento Applicazione mensile come da strumenti e metodi (Check list compilate) secondo semestre entro il 31/12/2021 | | | | 20% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione dr. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 7 | Miglioramento Organizzativo | Garantire l'integrazione operativa delle risorse umane del comparto tra aree omogenee del P.O. di Ancona Osimo, o dipartimentali di FE - CTN- CS | Presentazione di un progetto di fattibilità di integrazione avvio del progetto entro 30 Settembre | avvio e sperimentazione del progetto da Ottobre a Dicembre N. Turni /Prestazioni integrate | | | | 20% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione dr. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 8 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 - Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 10% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| <i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE

IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE GENERALE

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA

IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE)

| R3651000 - MEDICINA GENERALE OSIMO | | Responsabile : Dr. Burattini Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli | | | BUDGET 2021 | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | |
|---|--------|--|---|--|---|------------------|--|--|----------------|-------------------|---|---|--|----------------------------------|
| SETTORE | PROGR. | OBBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE EFFETTIVO | % RAGGIUNTI O OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % DI RAGGIUNTI O AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1* Istanza | VALUTAZIONE 2* Istanza |
| Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità) | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Miglioramento qualità assistenza e processi assistenziali | Protocolli per la gestione intra ed extra ospedaliera di pazienti (anche potenzialmente dimissibili) che accedono dal Pronto Soccorso/AGU con insufficienza d'organo (respiratoria/cardiacca/renale), finalizzato a predisporre percorsi comuni a tutte le UUOO del Dipartimento ed a creare Protocollo per la gestione di pazienti che accedono dal Pronto Soccorso/AGU finalizzato a predisporre percorsi comuni a tutte le UU del Dip. Med. riferito a pazienti che non sono immediatamente dimissibili a domicilio non per ragioni di competenza clinica (demenze con gravi disturbi comportamentali/pazienti terminali/casi sociali) | Elaborazione protocollo comune dipartimentale | Report entro 31/12/2021 | | | | 5,0% | | documentazione inviata dal dr. Antonicelli in data 17/12/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 2 | Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali. Appropriatezza di trattamento e ricovero di pazienti che accedono al PS-AGU | Protocollo per la gestione di pazienti che accedono dal Pronto Soccorso/AGU finalizzato a predisporre percorsi comuni a tutte le UU del Dip. Med. riferito a pazienti che non sono immediatamente dimissibili a domicilio non per ragioni di competenza clinica (demenze con gravi disturbi comportamentali/pazienti terminali/casi sociali) | Elaborazione protocollo comune dipartimentale da presentare alla DMPO per la discussione sul merito | Presentazione progetto alla DMPO entro il 31/12/2021 | | | | 5,0% | | documentazione inviata dal dr. Antonicelli in data 17/12/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 3 | Adesione a rete di terapia trasfusionale per la gestione dei salassi e delle trasfusioni in regime ambulatoriale attivata dal Dip. Med. Trasn. Marche | Formalizzazione del percorso e messa a disposizione dell'ambulatorio emota trasfusioni | Report semestrale dell'attività | Almeno 8 pazienti | 74,00 | 493% | 100% | 10,0% | | | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 5 | Percorso Ambulatoriale di follow up Covid | Realizzazione di un ambulatorio integrato per i pazienti Covid per attività di follow up coordinato dalla DMPO con l'infettivologa dell'Istituto | 1) Revisione dei protocolli covid attualmente esistenti 2) Avvio dell'ambulatorio integrato attraverso le attività della segreteria unica di | 1) Entro il 15 dicembre 2021 2) Entro il 31 dicembre attivazione delle prenotazioni con segreteria unica per follow-up pazienti covid | | | | 10,0% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione DMPO | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 6 | Aggiornamento Procedura d'Istituto Gestione Farmaci (contenente già raccomandazione 1, 7, 10, 12) e aggiunta delle raccomandazione 17/18/19 (che utilizzeranno per implementazioni il SIS) | Aggiornamento del documento ed inserimento indicazioni aggiungendo la Racc. 19/18/17 anche attraverso operatività del SIS | Produzione Documento aggiornato tramite gruppo di miglioramento con FARMACIA, CMI, Geriatria Ancona, Fermo e Cosenza, Medicina Osimo, Pneumologia Casatenovo e Osimo, Nutrizione Clinica (per la sola Racc. 19), Odontoiatria (per la sola raccomandazione 10) | Vedi indicatore entro 31/10/2021 | | | | 5,0% | 10% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione inviata dalla dr.ssa Ferrara | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 7 | Percorso del paziente con emorragia digestiva, con particolare riguardo ai pazienti in trattamento con DOAC | Collaborazione tra UO Medicina Interna ed Endoscopia digestiva Ospedale di Osimo per la diagnosi e la terapia | Attuazione protocollo | Almeno 15 pazienti | 14,00 | 93% | 93% | 5,0% | | | Sono stati trattati 14 pazienti | Si ritiene l'obiettivo parzialmente raggiunto | Obiettivo parzialmente raggiunto |
| | 8 | Protocollo per procedura di monitoraggio microbiologico su apparecchiature endoscopiche e dispositivi medici | Stesura e applicazione del protocollo per l'apparecchiatura endoscopica | 1) Stesura protocollo 2) Almeno 2 controlli | 1) Protocollo entro 30/09/2021 2) Vedi indicatore per protocolli | | | | 5,0% | | vedi mail Tarsetti | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 9 | Ambulatorio Mici | Definizione dell'organizzazione di un ambulatorio unico tra Ancona e Osimo e avvio delle attività | Presentazione del piano organizzativo e avvio delle attività | Piano entro 30/09/2021 e avvio delle attività | | | | 5,0% | | Protocollo inviato dal dr. Tarsetti alla direzione Sanitaria in data 31/08/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 10 | Percorso Sepsis | definizione di un percorso per il trattamento del pz con sepsi | Stesura Percorso che preveda il coinvolgimento di altre UUOO del Presidio Ospedaliero di Osimo (Radiologia, Laboratorio Analisi e PS) | Entro il 30/09/2021 | | | | 10,0% | | documentazione ricevuta in data 10/11/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 11 | Aggiornamento Procedura per Raccomandazione 5 Trasfusionale | Aggiornamento Procedura 5 | Produzione Documento aggiornato tramite gruppo di miglioramento con UO Medicina Osimo, UO Geriatria Fermo, UO Anestesia Ancona, Uo Nefrologia | Vedi indicatore entro 31/10/2021 | | | | 5,0% | 10% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione inviata dalla dr.ssa Ferrara | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 13 | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere | Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio | 1) Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. entro il 30/06/2021 2) Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di riferimento Applicazione mensile come da strumenti e metodi (Check list compilate) secondo semestre entro il 31/12/2021 | | | | 15% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione dr. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 14 | Miglioramento Organizzativo | Garantire le attività di trasporto pazienti in barella e carrozzina da e per interno Unità Operative- Servizi ambulatoriali specialistici situati sullo stesso corpo strutturale | Redigere indicazioni operative condivise di Unità Operativa per definire criteri organizzativi di Unità Operativa per la gestione del trasporto interno. Modalità Operative definite ed applicate. | Redazione Indicazioni operative e invio DMO entro 30-6-2021. Sperimentazione e attuazione delle modalità operative definite entro il 30/09/2021 | | | | 15% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione dr. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 15 | Miglioramento Organizzativo | Garantire l'integrazione operativa delle risorse umane del comparto tra aree omogenee de. P.O. di Ancona Osimo, o dipartimentali di FE - CTN- CS | Presentazione di un progetto di fattibilità di integrazione avvio del progetto entro 30 Settembre | Presentazione del progetto entro Luglio 2021. avvio e sperimentazione del progetto da Ottobre a Dicembre N. Turni /Prestazioni integrate | | | | 20% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione dr. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| Prospettiva dell'utenza e stakeholder | | | | | | | | | | | | | | |
| | 16 | Collaborazione con la UO Patologia Clinica, Università degli Studi di Ancona, per attivazione studio su Micro RNA circolanti nei pazienti con sepsi/shock settico | Formalizzazione percorso e attivazione monitoraggio | Report del monitoraggio dell'applicazione dei percorsi | Almeno 10 pazienti nel 2021 | 60% | 60% | 60% | 10% | | | Obiettivo non valutabile per le motivazioni espresse nella documentazione allegata. | Viste le considerazioni presentate dal Responsabile di UO, si ritiene l'obiettivo non valutabile | Obiettivo non valutabile |
| Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE

IL VALUTATORE DI 1* Istanza
IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE)

| R3651800 - EMERGENZA URGENZA OSIMO | | Responsabile : Dr. Pansoni Direttore Dipartimento: dr. Antoncelli | | | BUDGET 2021 | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | |
|---|-------|--|--|--|---|-------------------|--|---|----------------|-------------------|--|---|--|--------------------------|
| SETTORE | PROGR | OBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUMTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità) | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali. Approprietezza di trattamento e ricovero di pazienti che accedono al PS-AGU | Protocollo per la gestione di pazienti che accedono dal Pronto Soccorso/AGU finalizzato a predisporre percorsi comuni a tutte le UO del Dip. Med. riferito a pazienti che non sono immediatamente dimissibili a domicilio non per ragioni di competenza clinica (demenze con gravi disturbi comportamentali/pazienti terminali/casi sociali) | Elaborazione protocollo comune dipartimentale da presentare alla DMPO per la discussione sul merito | Presentazione progetto alla DMPO entro il 31/12/2021 | | | | 10,0% | | documentazione inviata dal dr. Antoncelli in data 17/12/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 2 | Miglioramento qualità assistenza e processi assistenziali | Protocolli per la gestione intra ed extra ospedaliera di pazienti (anche potenzialmente dimissibili) che accedono dal Pronto Soccorso/AGU con insufficienza d'organo (respiratoria/cardiac/renale), finalizzato a predisporre percorsi comuni a tutte le UUOO del Dipartimento ed a creare sinergie | Elaborazione protocollo comune dipartimentale | Report entro 31 12 2021 | | | | 10,0% | | documentazione inviata dal dr. Antoncelli in data 17/12/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 3 | Facilitazione dell'accesso alle prestazioni urgenti di specialistica ambulatoriale e contenimento tempi di attesa | Revisione e attuazione percorsi fast track relativamente all'attività ortopedica ambulatoriale | Applicazione del percorso ai pazienti che accedono al PS con traumatologia ortopedica minore | Almeno l'80% delle richieste di prestazione ortopedica per i traumi di media-lieve gravità evase entro le 24h dall'accesso al triage. | 90% | 100% | 100% | 10% | | | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 4 | Stesura Procedura Raccomandazione 8 | Stesura Procedura Raccomandazione 8 e Predisposizione corso Formazione per l'inserimento dello stesso nel Piano Formazione 2022 | Stesura Procedura e Predisposizione corso Formazione specifico | vedi indicatore entro il 31/12/2021 | | | | 10% | 10% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione inviata dalla dr.ssa Ferrara | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 5 | Stesura Procedura Corretta attribuzione triage (Raccomandazione 15) | Stesura Procedura Raccomandazione 15 | Stesura Procedura | vedi indicatore entro 31/12/2021 | | | | 10% | 10% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione inviata dalla dr.ssa Ferrara | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 6 | Integrazione ospedale territorio e continuità dell'assistenza | Supporto trasfusionale per pazienti fragili con anemia cronica | Elaborazione documento sui parametri di appropriatezza alle procedure trasfusionali | Entro il 30/06/2021 | | | | 5% | | documentazione revisionata in data 01/06/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 7 | Miglioramento qualità assistenziale | Tempestività della risposta all'utente a seconda del codice di gravità assegnato al paziente | Percentuale di rispetto della tempistica della risposta per codice colore | 100% codice rosso 80% codice arancione 80% codice azzurro 70% codice verde A partire dal mese di giugno | 98,22 | 100% | 100% | 10% | 15% | | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 8 | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere | Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio | 1- Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. entro il 30/06/2021 2- Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di riferimento Applicazione mensile come da strumenti e metodi (Check list compilate) secondo semestre entro il 31/12/2021 | | | | | 20% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione dr. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 9 | Miglioramento Organizzativo | Garantire le attività di trasporto pazienti in barella e carrozzina da e per Interno Unità Operative- Servizi ambulatoriali specialistici situati sullo stesso corpo strutturale | Redigere indicazioni operative condivise di Unità Operativa per definire criteri organizzativi di Unità Operativa per la gestione del trasporto interno. Modalità Operative definite ed applicate. | Redazione Indicazioni operative e invio DMO entro 30-6-2021. Sperimentazione e attuazione delle modalità operative definite entro il 30/09/2021 | | | | | 15% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione dr. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| Prospettiva dell'utenza e stakeholder | | | | | | | | | | | | | | |
| | 10 | Collaborazione con la UO Patologia Clinica, Università degli Studi di Ancona , per attivazione studio su Micro RNA circolanti nei pazienti con sessi/check settico | Formalizzazione percorso e attivazione monitoraggio | Report del monitoraggio dell'applicazione dei percorsi | Almeno 30 pazienti nel 2021 | 60% | 60% | 60% | 10% | | | Per le motivazioni espresse nella documentazione allegata, si ritiene l'obiettivo non | Viste le considerazioni presentate dal Responsabile di UO, si ritiene l'obiettivo non valutabile | Obiettivo non valutabile |
| Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI
DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA

IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE)

| R3611100 - SOC NEFROLOGIA E DIALISI AN | | Responsabile : Dr.ssa Lenzi Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli | | | BUDGET 2021 | | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | |
|---|----------|--|--|--|---|-------------------|--|---|----------------|---------------|---|---|--------------------------------------|-------------------------|
| SETTORE | PR OG R. | OBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità) | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Protocollo di prevenzione del danno renale nel paziente da sottoporre ad esami con mezzo di contrasto. | 1) Formalizzazione del percorso 2) Attivazione del protocollo | Documento di formalizzazione e successiva applicazione | Entro il 31/05/2021 | | | | 10,0% | | documentazione prodotta in data 27/05/2021 | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 2 | Presenza in carico pazienti piede diabetico | Partecipazione alla presa in carico dei pazienti del Piede Diabetico | Definizione di un percorso di presa in carico del paziente in collaborazione con le UUOO Diabetologia, Medicina Riabilitativa, Cardiologia, Neurologia, Chirurgia, Radiologia, Geriatria | Entro il 30/09/2021 | | | | 5,0% | | documentazione inviata in data 30/09/2021 dalla dr.ssa Tortato a nome del GdL | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 3 | Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali. Appropriatezza di trattamento e ricovero di pazienti che accedono al PS-AGU | Protocollo per la gestione di pazienti che accedono dal Pronto Soccorso/AGU finalizzato a predisporre percorsi comuni a tutte le UO del Dip. Med. riferito a pazienti che non sono immediatamente dimissibili a domicilio non per ragioni di competenza clinica (demenze con gravi disturbi comportamentali/pazienti terminali/casi sociali) | Elaborazione protocollo comune dipartimentale da presentare alla DMPO per la discussione sul merito | Presentazione progetto alla DMPO entro il 31/12/2021 | | | | 5,0% | | documentazione inviata dal dr. Antonicelli in data 17/12/2021 | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 4 | Definizione dei percorsi dei pazienti Acuti che accedono al PS/AGU con le principali insufficienze d'organo | Protocolli per la gestione intra ed extra ospedaliera di pazienti (anche potenzialmente dimissibili) che accedono dal Pronto Soccorso/AGU con insufficienza d'organo (respiratoria/cardiac/renale), finalizzato a predisporre percorsi comuni a tutte le UUOO del Dipartimento | Elaborazione protocollo | Entro il 31/12/2021 | | | | 5,0% | | documentazione inviata dal dr. Antonicelli in data 17/12/2021 | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 5 | Percorso condiviso con la UO di Diabetologia per la cura del paziente diabetico con nefropatia | 1) Formalizzazione del percorso 2) Attivazione e monitoraggio | 1) Documento di formalizzazione 2) Report di monitoraggio trimestrali | 1) Entro 30/09/2021 2) A partire dal IV trimestre | | | | 10,0% | | documentazione pervenuta in data 30/09/2021 e in data 12/01/2022 | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 6 | Percorso paziente covid | Gestione del paziente covid attraverso trattamento e riabilitazione | Relazione sull'attività svolta | Invio della relazione alla DMPO e approvazione da parte di quest'ultima | | | | 10,0% | 10,0% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione DMPO | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 7 | Aggiornamento Procedura per Raccomandazione 5 Trasfusionale | Aggiornamento Procedura 5 | Produzione Documento aggiornato tramite gruppo di miglioramento con UO Medicina Osimo, UO Geriatria Fermo, UO Anestesiologia, UO Nefrologia | vedi indicatore entro 31/10/2021 | | | | 5,0% | 20,0% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda mail della Dott.ssa Ferrara | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 8 | Protocollo per la gestione da remoto dei pazienti in dialisi peritoneale domiciliare e dei pazienti con Malattia Renale Avanzata che necessitano di un monitoraggio frequente per ridurre gli accessi ospedalieri in epoca di Pandemia | Formalizzazione del protocollo, attivazione e monitoraggio | 1) Documento di formalizzazione 2) Report di monitoraggio da remoto | 1) 30/06/2021 2) Riduzione accessi annuali programmati del 50% (da 12 a 6) con riduzione rischio infettivo, costi esami ematochimici e trasporti dei pazienti in dialisi peritoneale; 3) Ottimizzazione follow up dei pazienti affetti da malattia renale avanzata | | | | 10,0% | | documentazione prodotta in data 26/06/2021 | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 9 | Studio osservazionale su efficacia e sicurezza della vaccinazione anti COVID-19 nelle persone in dialisi | Formalizzazione del protocollo di studio, attivazione | Monitoraggio secondo protocollo | Report entro 31/12/21 | | | | 5,0% | | documentazione pervenuta in data 31/12/2021 | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 10 | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere | Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio | 1) Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. Entro il 30/06/2021 2) Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di riferimento Applicazione mensile come da strumenti e metodi (check list compilati) secondo semestra entro il 31/12/2021 | | | | 20,0% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione del Dott. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 11 | Miglioramento Organizzativo | Garantire le attività di trasporto pazienti in barella e carrozzina da e per Interno Unità Operative. Servizi ambulatoriali specialistici situati sullo stesso corpo strutturale | Redigere indicazioni operative condivise di Unità Operativa per definire criteri organizzativi di Unità Operativa per la gestione del trasporto interno. Modalità Operative definite ed applicate. | Sperimentazione e attuazione delle modalità operative definite entro il 30/09/2021 | | | | 20,0% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione del Dott. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| Prospettiva dell'utenza e stakeholder | | | | | | | | | | | | | | |
| | 12 | Area IRCCS | Avanzamento studio Reportage | presentazione lavoro x pubblicazione | Entro il 31/12/2021 | | | | 2,5% | | | Obiettivo non raggiunto | Si ritiene l'obiettivo non raggiunto | Obiettivo non raggiunto |
| | 13 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alla organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 2,5% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione della Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 14 | Produzione scientifica | Pubblicazione su riviste con IF | IFM | 4 | 0,00 | 0% | 0% | 5,0% | | Non è stato pubblicato alcun lavoro | Obiettivo non raggiunto | Si ritiene l'obiettivo non raggiunto | Obiettivo non raggiunto |
| Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | 25,0% | 30,0% | | | | |

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA
IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE)

| R3610600 - SOC NEUROLOGIA/CENTRO ALZHEIMER / STROKE UNIT AN | | Responsabile : Dr. Pelliccioni Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli | | | BUDGET 2021 | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | | |
|---|-------|--|---|--|---|-------------------|--|---|----------------|-------------------|---|---|---|----------------------------------|---------------------|
| SETTORE | PROGR | OBBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA | |
| Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Implementazione del Percorso diagnostico per i disturbi disfunzionali del pavimento pelvico tra le UUOO di Radiologia e Neurologia del Presidio di Ancona | Attivazione e monitoraggio del percorso diagnostico di pazienti con disturbi del pavimento pelvico da sottoporre a Defeco-RM e Diagnostica elettrofisiologica del pavimento pelvico | Report di monitoraggio dell'applicazione del percorso diagnostico entro 30 settembre 2021 | Esecuzione di almeno n. 8 esami Defeco-RM e Diagnostica elettrofisiologica del pavimento pelvico entro il 31/12/2021 | 9,00 | 113% | 100% | 5,0% | 5,0% | | sono stati effettuati 9 esami, come da attestazione del dr. Paol. Obiettivo raggiunto | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto | |
| | 2 | Presi in carico pazienti piede diabetico | Partecipazione alla presa in carico dei pazienti del Piede Diabetico | Definizione di un percorso di presa in carico del paziente in collaborazione con le UUOO Diabetologia, Nefrologia, Cardiologia, Medicina Riabilitativa, Chirurgia, Radiologia, Geriatria | Entro il 30/09/2021 | | | | | 5,0% | documentazione inviata in data 30/09/2021 dalla dr.ssa Tortato a nome del GdL | obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto | |
| | 3 | Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali | Mantenimento apertura 2021 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. 100 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 (terapia occupazionale e training disturbi cognitivi collettivi) | 243 | 243% | 100% | 10,0% | 5,0% | report a cura del controllo di gestione | obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto | |
| | 4 | Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali. Appropriata di trattamento e ricovero di pazienti che accedono al PS-AGU | Protocollo per la gestione di pazienti che accedono dal Pronto Soccorso/AGU finalizzato a predisporre percorsi comuni a tutte le UD del Dip. Med. riferito a pazienti che non sono immediatamente dimissibili al domicilio non per ragioni di competenza clinica (demenze con gravi disturbi comportamentali/pazienti terminali/casi sociali) | Elaborazione protocollo comune dipartimentale da presentare alla DMPO per la discussione sul merito | Presentazione progetto alla DMPO entro il 31/12/2021 | | | | | 10,0% | documentazione inviata dal dr. Antonicelli in data 17/12/2021 | obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto | |
| | 5 | Percorso di formazione e analisi fattibilità e appropriatezza TC encefalo perfusione o RM DWI nella datazione dell'ictus al risveglio o caratterizzazione della crisi epilettica all'esordio di deficit neurologico focale | Programmazione e avvio del percorso | Numero incontri formativi rivolti a TSRM, Neurologi, Radiologi | 2 incontri entro Luglio 2021 | 3 | 150% | 100% | 10,0% | | | gli incontri si sono tenuti entro la data prevista nel valore obiettivo. Si veda attestazione del dr. | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto | |
| | 6 | Stesura Procedura Prevenzione Suicidio (Raccomandazione 4) | Stesura Procedura Raccomandazione 4 | Stesura Procedura | Vedi indicatore entro 31/12/2021 | | | | | 5,0% | 10,0% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto | |
| | 7 | Percorso Ambulatoriale di follow up Covid | Realizzazione di un ambulatorio integrato per i pazienti Covid per attività di follow up coordinato dalla DMPO con l'infettivologia dell'Istituto | 1) Revisione dei protocolli covid attualmente esistenti 2) Avvio dell'ambulatorio integrato attraverso le attività della segreteria unica di prenotazione | 1) Entro il 15 dicembre 2021 2) Entro il 31 dicembre attivazione delle prenotazioni con segreteria unica per follow-up pazienti covid | | | | | 10,0% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto | |
| | 8 | Percorso paziente covid | Gestione del paziente covid attraverso trattamento e riabilitazione | Relazione sull'attività svolta | Invio della relazione alla DMPO e approvazione da parte di quest'ultima | | | | | 10,0% | 10,0% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto | |
| | 9 | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere | Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio | 1) Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. entro il 30/06/2021 2) Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di affollamento. Applicazione mensile come da strumenti e Redazione indicazioni operative e invio DMO entro 30-6-2021. Sperimentazione e attuazione delle modalità operative definite entro il 30/09/2021 | | | | | 20,0% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | si veda relazione Dott. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 10 | Miglioramento Organizzativo | Garantire le attività di trasporto pazienti in barella e carrozzina da e per Interno Unità Operative- Servizi ambulatoriali specialistici situati sullo stesso corpo strutturale | Redigere indicazioni operative condivise di Unità Operativa per definire criteri organizzativi di Unità Operativa per la gestione del trasporto interno. Modalità Operative definite ed applicate. | | | | | | 20,0% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | si veda relazione Dott. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| Prospettiva dell'utenza e stakeholder | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 11 | Area IRCCS | Avanzamento studio Reportage | Presentazione lavoro x pubblicazione | Entro il 31/12/2021 | | | | | | | Si veda relazione allegata. Obiettivo raggiunto | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto | |
| | 12 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | | | 2,0% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione della Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 13 | ArealIRCCS-Capacità di operare in rete | Partecipazione alle attività delle Reti IRCCS | Partecipazione alle iniziative della Rete indicate dalla Direzione Scientifica | Report sull'attività svolta | | | | | | 2,0% | Si veda relazione allegata. Obiettivo raggiunto | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto | |
| | 14 | Linee Ricerca Corrente | Coordinamento Linea Ricerca Corrente | Elaborazione piano strategico della Linea di Ricerca | Entro il 31/12/2021 | | | | | | 2,0% | Si veda relazione allegata. Obiettivo raggiunto | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto | |
| | 15 | Produzione scientifica | Pubblicazione su riviste con IF | IFM | | 10 | 31,20 | 312% | | 2,0% | | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione della Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto | |
| Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | | 25,0% | 30,0% | | | | |

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA
IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE)

| R3651290 - PNEUMOLO GIA OSIMO | | Responsabile : Dott. Rosati Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli | | BUDGET 2021 | | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | |
|--|-------|--|---|---|---|---------------------|--|--|----------------|-------------------|---|--|----------------------------------|------------------------|
| SETTORE | PROGR | OBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALOR E CONSU NTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIME NTO AI FINI DEL SISTEM A PREMIA NTE | % LIVELLO DI RAGGIUNGIME NTO AI FINI DEL SISTEM A PREMIA NTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1* ISTANZA | VALUTAZIONE 2* ISTANZA |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | 1- Controllo delle riacutizzazioni in pazienti affetti da BPCO afferenti all'ambulatorio di Pneumologia | Presenza in carico dei pazienti BPCO con fenotipo riacutizzatore | N. riacutizzazioni ed ospedalizzazioni | N. <2 | 0,00 | 100% | 100% | 15% | | | Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 2 | 2- 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 | Score < 10 | 8 | 125% | 100% | 10% | | | Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 3 | 2 Miglioramento qualità assistenza e processi assistenziali | Protocollo per la gestione di pazienti che accedono dal Pronto Soccorso/AGU finalizzato a predisporre percorsi comuni a tutte le UO del Dip. Med. riferito a pazienti che non sono immediatamente dimissibili a domicilio non per ragioni di competenza clinica (pazienti terminali/casi sociali) | Elaborazione protocollo comune dipartimentale | Report entro 31 12 2021 | | | | 10,0% | | documentazione inviata dal dr. Antonicelli in data 17/12/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 4 | Miglioramento qualità assistenza e processi assistenziali | Protocolli per la gestione intra ed extra ospedaliera di pazienti (anche potenzialmente dimissibili) che accedono dal Pronto Soccorso/AGU con insufficienza d'organo (respiratoria/cardiaca/renale), finalizzato a predisporre percorsi comuni a tutte le UUO del Dipartimento ed a creare sinergie | Elaborazione protocollo comune dipartimentale | Report entro 31 12 2021 | | | | 10,0% | | documentazione inviata dal dr. Antonicelli in data 17/12/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 5 | Percorso Ambulatoriale di follow up Covid | Realizzazione di un ambulatorio integrato per i pazienti Covid per attività di follow up coordinato dalla DMPO con l'infettivologa dell'Istituto | 1) Revisione dei protocolli covid attualmente esistenti 2) Avvio dell'ambulatorio integrato attraverso le attività della segreteria unica di prenotazione | 1) Entro il 15 dicembre 2021 2) Entro il 31 dicembre attivazione delle prenotazioni con segreteria unica per follow-up pazienti covid | | | | 10,0% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione DMPO | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 6 | Aggiornamento Procedura d'Istituto Gestione Farmaci (contenente già raccomandazione 1, 7, 10, 12) e aggiunta delle raccomandazione 17/18/19 (che utilizzeranno per implementazioni il SIS) | Aggiornamento del documento ed inserimento indicazioni aggiungendo la Racc. 19/18/17 anche attraverso operatività del SIS | Produzione Documento aggiornato tramite gruppo di miglioramento con FARMACIA, CMI, Geratria Ancona, Fermo e Cosenza, Medicina Osimo, Pneumologia Casatenovo e Osimo, Nutrizione Clinica (per la sola Racc. 19), Odontoiatria (per la sola raccomandazione 10) | vedi indicatore entro 31/10/2021 | | | | 10% | 5% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda mail Dott.ssa Ferrara | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 7 | Stesura Procedura trasporti (Raccomandazione 11) | Stesura Procedura Raccomandazione 11 | Produzione Documento tramite gruppo di miglioramento con UUOO Anestesia, UO Cardiologia, UO Pneumologia, UO Emergenza Osimo e PPI Ancona | vedi indicatore entro 31/10/2021 | | | | 10% | 5% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda mail Dott.ssa Ferrara | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 8 | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere | Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio | 1- Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. entro il 30/06/2021 2- Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di riferimento Applicazione mensile come da strumenti e metodi (Check list compilate) secondo semestre entro il 31/12/2021 | | | | | 20% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione Dott.Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 9 | Miglioramento Organizzativo | Garantire le attività di trasporto pazienti in barella e carrozzina da e per Interno Unità Operative- Servizi ambulatoriali specialistici situati sullo stesso corpo strutturale | Redigere indicazioni operative condivise di Unità Operativa per definire criteri organizzativi di Unità Operativa per la gestione del trasporto interno. Modalità Operative definite ed applicate. | Redazione Indicazioni operative e invio DMO entro 30-6-2021. Sperimentazione e attuazione delle modalità operative definite entro il 30/09/2021 | | | | | 20% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione Dott.Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 10 | Miglioramento Organizzativo | Garantire l'integrazione operativa delle risorse umane del comparto tra aree omogenee de. P.O. di Ancona Osimo, o dipartimentali di FE - CTN- CS | Presentazione di un progetto di fattibilità di integrazione avvio del progetto entro 30 Settembre | avvio e sperimentazione del progetto da Ottobre a Dicembre N. Turni /Prestazioni integrate | | | | | 20% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione Dott.Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Sviluppo e innovazione dei processi</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE _____
 IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO _____
 IL DIRETTORE GENERALE _____

IL VALUTATORE DI 1* ISTANZA _____
 IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE) _____

| 'R2410300 - SOC CENTRO NEUROLOGIA DELL'INVECCHIAMENTO AN | | Responsabile : Prof. Conti Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli | | BUDGET 2021 | | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | |
|--|---------|--|---|---|-----------------------------|-------------------|--|---|----------------|-------------------|--|---|----------------------------------|------------------------|
| SETTORE | PRO GR. | OBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Economico-finanziario</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 20% | 20% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione della Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 2 | Produzione scientifica | Pubblicazione su riviste con IF | IFM | 30 | 53,24 | 177% | 100% | 20% | | | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione della Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 3 | Emergenza Covid | Diagnostica molecolare per rilevazione di SARS-CoV-2 | Partecipazione attività diagnostica molecolare | Vedi indicatore | | | | 10% | 30% | si veda allegato Direttore Sanitario | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione della Direzione Sanitaria | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 4 | Attività organizzativa nazionale | Partecipazione gruppo nazionale benessere animale | Report su coinvolgimento UO | Entro 31.12.2021 | | | | 10% | 10% | | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 5 | AreaIRCCS-Capacità di operare in rete | Partecipazione alle attività delle Reti IRCCS | Partecipazione alle iniziative della Rete indicate dalla Direzione Scientifica | Report sull'attività svolta | | | | 15% | 10% | | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| <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 | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE _____
 IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO _____
 IL DIRETTORE GENERALE _____

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA _____
 IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE) _____

| R3610100 - SOC CARDIOLOGIA/UTIC/TELECARDIOLOGIA AN | | Responsabile : Dr. Antonicelli Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli | | BUDGET 2021 | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | | | |
|--|--------|---|--|--|---|-------------------|---|---|----------------|---------------|---|---|--|--------------------------|
| SETTORE | PROGR. | OBBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Percorso Ambulatoriale di follow up Covid | Realizzazione di un ambulatorio integrato per i pazienti Covid per attività di follow up coordinato dalla DPMO con l'infettivologa dell'Istituto | 1) Revisione dei protocolli covid attualmente esistenti 2) Avvio dell'ambulatorio integrato attraverso le attività della segreteria unica di prenotazione | 1) Entro il 15 dicembre 2021 2) Entro il 31 dicembre attivazione delle prenotazioni con segreteria unica per follow-up pazienti covid | | | | 10,0% | | Documentazione presente nella cartella "Obit trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione DPMO | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 2 | Stesura Procedura trasporti (Raccomandazione 11) | Stesura Procedura Raccomandazione 11 | Produzione Documento tramite gruppo di miglioramento con UOAO Anestesia, UO Cardiologia, UO Pneumologia, UO Emergenza Orlino e PPI Ancona | Vedi indicatore entro 31/10/2021 | | | | 5,0% | 20% | Documentazione presente nella cartella "Obit trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda mail della Dott.ssa Ferrara | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 3 | Presca in carico pazienti piede diabetico | Partecipazione alla presa in carico dei pazienti del Piede Diabetico | Definizione di un percorso di presa in carico del paziente in collaborazione con le UOAO Medicina Riabilitativa, Nefrologia, Geriatria, Neurologia, Chirurgia, Radiologia | Entro il 30/09/2021 | | | 1 | 10,0% | | documentazione inviata in data 30/09/2021 dalla dr.ssa Tortato a nome del GdL | obiettivo raggiunto, si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 4 | Incremento di attività di miocardiografia finalizzata alla riduzione delle liste di attesa | Incremento di una seduta al mese | n. sedute | Almeno 6 sedute in più rispetto al 2019 | | | | 10,0% | | Il raggiungimento dell'obiettivo si desume indirettamente dall'invio complessivo degli esami effettuati che è intorno al 35% (da 454 a 615) | obiettivo raggiunto | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 5 | Appropriatezza richiesta visita Cardiologica pre-operatoria | Protocollo per valutare l'appropriatezza delle richieste di visita cardiologica da parte del Dipartimento Chirurgico e definire percorsi condivisi | Elaborazione protocollo | entro il 31/12/2021 | | | | 10,0% | | documentazione inviata in data 17/12/2021 | obiettivo raggiunto, si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 6 | Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali. Appropriatezza di trattamento e ricovero di pazienti che accedono al PS-AGU | Protocollo per la gestione di pazienti che accedono dal Pronto Soccorso/AGU finalizzato a predisporre percorsi comuni a tutte le UO del Dip. Med. riferito a pazienti che non sono immediatamente dimissibili a domicilio non per ragioni di competenza clinica (demenze con gravi disturbi comportamentali/pazienti terminali/casi sociali) | Elaborazione protocollo comune dipartimentale da presentare alla DPMO per la discussione sul merito | Presentazione progetto alla DPMO entro il 31/12/2021 | | | | 10,0% | | documentazione inviata in data 17/12/2021 | obiettivo raggiunto, si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 7 | Definizione dei percorsi dei pazienti Acuti che accedono al PS/AGU con le principali insufficienze d'organo | Protocolli per la gestione intra ed extra ospedaliera di pazienti (anche potenzialmente dimissibili) che accedono dal Pronto Soccorso/AGU con insufficienza d'organo (respiratoria/cardiac/renale), finalizzato a predisporre percorsi comuni a tutte le UOAO del Dipartimento | Elaborazione protocollo | Entro il 31/12/2021 | | | | 10,0% | | documentazione inviata in data 17/12/2021 | obiettivo raggiunto, si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 8 | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere | Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio | 1) Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero, entro il 30/06/2021 2) Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di riferimento Applicazione mensile come da strumenti e metodi (Check list compilate) secondo semestre entro il 31/12/2021 | | | | 25% | | Documentazione presente nella cartella "Obit trasversali" | si veda relazione Dott. Marinelli | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 9 | Miglioramento Organizzativo | Garantire le attività di trasporto pazienti in barella e carrozzina da e per Interno | Redigere indicazioni operative condivise di Unità Operativa per definire criteri organizzativi di Unità Operativa per la gestione del trasporto interno. Modalità Operative definite ed applicate. | Redazione indicazioni operative e invio DMO entro 30-6-2021. Sperimentazione e attuazione delle modalità operative definite entro il 30/09/2021 | | | | 25% | | Documentazione presente nella cartella "Obit trasversali" | si veda relazione Dott. Marinelli | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 10 | Area IRCCS | Avanzamento studio Reportage | Presentazione lavoro x pubblicazione | Entro il 31/12/2021 | | | | 2,0% | | Documentazione presente nella cartella "Obit trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione della Direzione Scientifica | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 11 | Area IRCCS-Capacità di operare in rete | Partecipazione alle attività delle Reti IRCCS | Partecipazione alle iniziative della Rete indicate dalla Direzione Scientifica | Report sull'attività svolta | | | | 2,0% | | | obiettivo raggiunto, si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 12 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site-Visit 2021 – Partecipazione alla organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 2,0% | | Documentazione presente nella cartella "Obit trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione della Direzione Scientifica | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 13 | Linee Ricerca Corrente | Coordinamento Linea Ricerca Corrente | Elaborazione piano strategico della Linea di Ricerca | Entro il 31/12/2021 | | | | 2,0% | | da considerare non valutabile e pertanto il peso va redistribuito sugli altri obit scientifici | obiettivo non valutabile in quanto il sottoscritto non ha il coordinamento di una linea di ricerca. | Si prende atto della nota del controllo di gestione e pertanto il peso va redistribuito sugli altri obit scientifici | Obiettivo non valutabile |
| | 14 | Produzione scientifica | Pubblicazione su riviste con IF | IFM | | 10 | 16 | 160% | 100% | 2,0% | | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione della Direzione Scientifica | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| <i>Sviluppo e iniezione dei processi produttivi e organizzativi</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | 25,0% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE _____
 IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO _____
 IL DIRETTORE GENERALE _____

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA _____
 IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE) _____

| R3610900 - SOC MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA AN | | Responsabile : Dr.ssa Tortato Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli | | BUDGET 2021 | | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | |
|--|---------|---|--|--|--|-------------------|---|--|----------------|-------------------|---|---|--------------------------------------|-------------------------|
| SETTORE | PRO GR. | OBBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGI MENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGI MENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Nuove strategie di comunicazione in Diabetologia in emergenza Covid 19 | Produzione di materiale video per l'educazione sanitaria del paziente diabetico (educazione alimentare, prevenzione del piede diabetico, gestione della terapia farmacologica, monitoraggio domiciliare della glicemia) | Video di educazione sanitaria da diffondere sul monitor della sala d'attesa della UO di Diabetologia , sul nuovo sito aziendale e sul sito Youtube dell'INRCA | N. 3 video entro il 30/09/2021 | 5,00 | 167% | 100% | 10,0% | 10,0% | documentazione pervenuta in data 21/09/2021 | obiettivo raggiunto. Si vedano i 5 video allegati | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 2 | Percorso condiviso con la UO di Nefrologia per la cura del paziente diabetico con nefropatia | 1) Formalizzazione del percorso 2) Attivazione e monitoraggio | 1) Documento di formalizzazione 2) Report di monitoraggio trimestrali | 1) Entro 30/09/2021 2) A partire dal IV trimestre | | | | 10,0% | | documentazione inviata in data 30/09/2021 dalla dr.ssa Lenci a nome del GdL | obiettivo raggiunto. Si veda la documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 3 | Presa in carico pazienti piede diabetico | Partecipazione alla presa in carico dei pazienti del Piede Diabetico | Definizione di un percorso di presa in carico del paziente in collaborazione con le UUOO Medicina Riabilitativa, Nefrologia, Cardiologia, Neurologia, Chirurgia, Radiologia, Geriatria | Entro il 30/09/2021 | | | | 15,0% | | documentazione inviata in data 30/09/2021 dalla dr.ssa Tortato a nome del GdL | obiettivo raggiunto. Si veda la documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 4 | Percorso paziente covid | Gestione del paziente covid attraverso trattamento e riabilitazione | Relazione sull'attività svolta | Invio della relazione alla DMPO e approvazione da parte di quest'ultima | | | | 15,0% | 10,0% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | obiettivo raggiunto. Si veda attestazione DMPO | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 5 | Definizione dei percorsi dei pazienti Acuti che accedono al PS/AGU con le principali insufficienze d'organo | Protocolli per la gestione intra ed extra ospedaliera di pazienti (anche potenzialmente dimissibili) che accedono dal Pronto Soccorso/AGU con insufficienza d'organo (respiratoria/cardiac/renale) e /o scompenso glicometabolico finalizzato a predisporre percorsi comuni a tutte le UUOO del Dipartimento | Elaborazione protocollo | Entro il 31/12/2021 | | | | 15,0% | | documentazione inviata dal dr. Antonicelli in data 17/12/2021 | obiettivo raggiunto. Si veda la documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 6 | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere | Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio | 1) Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. entro il 30/06/2021 2) Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate | | | | | 25,0% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione dr. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 7 | Miglioramento Organizzativo | Garantire l'integrazione operativa delle risorse umane del comparto tra aree omogenee de. P.O. di Ancona Osimo, o dipartimentali di FE - CTN- CS | Presentazione di un progetto di fattibilità di integrazione avvio del progetto entro 30 Settembre | Presentazione del progetto entro Luglio 2021. avvio e sperimentazione del progetto da Ottobre a Dicembre N. Turni /Prestazioni integrate | | | | | 25,0% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione dr. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 8 | Area IRCCS | Avanzamento studio Reportage | Presentazione lavoro x pubblicazione | Entro il 31/12/2021 | | | | 2,5% | | | Si veda attestazione direzione scientifica. | Si ritiene l'obiettivo non raggiunto | Obiettivo non raggiunto |
| | 9 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 2,5% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto.Si veda attestazione direzione scientifica. | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 10 | Produzione scientifica | Pubblicazione su riviste con IF | IFM | | 2,00 | 0 | 0% | 0% | 5,0% | | Obiettivo non raggiunto. | Si ritiene l'obiettivo non raggiunto | Obiettivo non raggiunto |
| <i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i> | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | 25,0% | 30,0% | | | | |

IL RESPONSABILE

IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE GENERALE

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA

IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE)

| R3E11800 - SOC GERIATRIA E ACCETTAZIONE GERIATRICA D'URGENZA AN | | Responsabile : Dr. Cherubini Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli | | | BUDGET 2021 | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | | | |
|--|---------|---|---|---|---|-------------------|--|---|----------------|-------------------|----------------------------|-----------------|---|--|----------------------------------|---------------------|
| SETTORE | PRO GR. | OBBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA | | |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Miglioramento qualità assistenza e processi assistenziali | Adattare il modello di assistenza "age friendly" al Punto di Primo Intervento ed al reparto di geriatria | Definizione di un progetto operativo e sua implementazione | Stesura Progetto entro il 30 settembre 2021, implementazione dal 31 dicembre 2021 | | | | | | 5,0% | | progetto pervenuto in data 30/09/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 2 | Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali. Approprietezza di trattamento e ricovero di pazienti che accedono al PS-AGU | Protocollo per la gestione di pazienti che accedono dal Pronto Soccorso/AGU finalizzato a predisporre percorsi comuni a tutte le UO del Dip. Med. riferito a pazienti che non sono immediatamente dimissibili a domicilio non per ragioni di competenza clinica (demenze con gravi disturbi comportamentali/casisti terminali/casi sociali) | Elaborazione protocollo comune dipartimentale da presentare alla DMPD per la discussione sul merito | Presentazione progetto alla DMPD entro il 31/12/2021 | | | | | | 5,0% | | documentazione inviata dai dr. Antonicelli in data 17/12/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 3 | Presenza in carico pazienti piede diabetico | Partecipazione alla presa in carico dei pazienti del Piede Diabetico | Definizione di un percorso di presa in carico del paziente in collaborazione con le UUOO Diabetologia, Nefrologia, Cardiologia, Neurologia, Chirurgia, Radiologia, Medicina Riabilitativa | Entro il 30/09/2021 | | | | | | 5,0% | | documentazione inviata in data 30/09/2021 dalla dr.ssa Tortato a nome del GdL | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 4 | Percorso Ambulatoriale di follow up Covid | Realizzazione di un ambulatorio integrato per i pazienti Covid per attività di follow up coordinato dalla DMPD con l'infettivologa dell'Istituto | 1) Revisione dei protocolli covid attualmente esistenti 2) Avvio dell'ambulatorio integrato attraverso le attività della segreteria unica di prenotazione | 1) Entro il 15 dicembre 2021 2) Entro il 31 dicembre attivazione delle prenotazioni con segreteria unica per follow-up pazienti covid | | | | | | 15,0% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione DMPD | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 5 | Aggiornamento Procedura d'Istituto Gestione Farmaci (contenente già raccomandazione 1, 7, 10, 12) e aggiunta delle raccomandazione 17/18/19 (che utilizzeranno perimplementazioni il SIS) | Aggiornamento del documento ed inserimento indicazioni aggiungendo la Rac. 19/18/17 anche attraverso operatività del SIS | Produzione Documento aggiornato tramite gruppo di miglioramento con FARMACIA, CMI, Geriatria Ancona, Fermo e Cosenza, Medicina Osimo, Pneumologia Casatenovo e Osimo, Nutrizione Clinica (per la sola Rac. 19), Odontoiatria (per la sola raccomandazione 10) | Vedi indicatore entro 31/10/2021 | | | | | | 5,0% | 5% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione inviata dalla dr.ssa Ferrara | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 6 | Percorso paziente covid | Gestione del paziente covid attraverso trattamento e riabilitazione | Relazione sull'attività svolta | Invio della relazione alla DMPD e approvazione da parte di quest'ultima | | | | | | 10,0% | 10% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione DMPD | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 7 | Stesura Procedura Raccomandazione 8 Prevenzione atti di violenza | Stesura Procedura Raccomandazione 8 e Predisposizione corso Formazione per l'inserimento dello stesso nel Piano Formazione 2022 | Stesura Procedura tramite gruppo di miglioramento e Predisposizione corso Formazione specifico con UO Ufficio tecnico, UO Spp, UO Emergenza Osimo, PPI Ancona | Vedi indicatore entro il 31/12/2021 | | | | | | 5,0% | 10% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione inviata dalla dr.ssa Ferrara | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 8 | Stesura Procedura trasporti (Raccomandazione 11) | Stesura Procedura Raccomandazione 11 | Produzione Documento tramite gruppo di miglioramento con UUOO Anestesia, UO Cardiologia, UO Pneumologia, UO Emergenza Osimo e PPI Ancona | Vedi indicatore entro 31/10/2021 | | | | | | 5,0% | 10% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione inviata dalla dr.ssa Ferrara | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 9 | Stesura Procedura Raccomandazione 15 Corretta attribuzione triage | Stesura Procedura Raccomandazione 15 Corretta attribuzione triage | Stesura Procedura tramite gruppo di miglioramento con UO Emergenza Osimo e PPI Ancona | Vedi indicatore entro il 31/12/2021 | | | | | | 5,0% | 10% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione inviata dalla dr.ssa Ferrara | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 10 | Miglioramento qualità assistenza e processi assistenziali | Protocolli per la gestione intra ed extra ospedaliera di pazienti (anche potenzialmente dimissibili) che accedono dal Pronto Soccorso/AGU con insufficienza d'organo (respiratoria/cardiaca/renale), finalizzato a predisporre percorsi comuni a tutte le UUOO del Dipartimento ed a creare sinergie | Elaborazione protocollo comune dipartimentale | Report entro 31 12 2021 | | | | | | 5,0% | | documentazione inviata dal dr. Antonicelli in data 17/12/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 11 | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere | Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio | 1) Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. entro il 30/06/2021 2) Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di riferimento Applicazione mensile come da strumenti e metodi (Check list compilate) secondo semestre entro il 31/12/2021 | | | | | | | 10% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione dr. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 12 | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare il percorso di presa in carico assistenziale-riabilitativa | Definizione di uno strumento condiviso, tra diverse figure professionali, in grado di facilitare l'inquadramento dei bisogni assistenziali-riabilitativi per favorire la presa in carico pro-attiva e migliorare l'empowerment del paziente (pratica inclusiva) | 1) Definizione dello strumento (cartaceo), dei metodi di verifica (numero delle prese in carico condivise nella/e U.O. di riferimento) e dello stato di avanzamento del nuovo modello di presa in carico condivisa tra figure professionali (Creazione strumento cartaceo al 30-09-2021 ed applicazione sperimentale al 30-11-2021) | | | | | | | 5% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione dr. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 13 | Miglioramento Organizzativo | Garantire le attività di trasporto pazienti in barella e carrozzina da e per Interno Unità Operative- Servizi ambulatoriali specialistici situati sullo stesso corpo strutturale | Redigere indicazioni operative condivise di Unità Operativa per definire criteri organizzativi di Unità Operativa per la gestione del trasporto interno. Modalità Operative definite ed applicate. | Redazione indicazioni operative e invio DMO entro 30-6-2021. Sperimentazione e attuazione delle modalità operative definite entro il 30/09/2021 | | | | | | | 10% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione dr. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 14 | Area IRCCS | Avanzamento studio Reportage | presentazione lavoro x pubblicazione | Entro il 31/12/2021 | | | | | | 2,0% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 15 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | | | 2,0% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 16 | AreaIRCCS-Capacità di operare in rete | Partecipazione alle attività delle Reti IRCCS | Partecipazione alle iniziative della Rete indicate dalla Direzione Scientifica | Report sull'attività svolta | | | | | | 2% | | documentazione pervenuta in data 30/12/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 17 | Linee Ricerca Corrente | Coordinamento Linea Ricerca Corrente | Elaborazione piano strategico della Linea di Ricerca | Entro il 31/12/2021 | | | | | | 2,0% | | | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 18 | Produzione scientifica | Pubblicazione su riviste con IF | IFM | | 40,00 | 110,45 | 276% | 100% | | 2,0% | | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| <i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA
IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE)

| R3613100 - SOSD NUTRIZIONE CLINICA AN | | Responsabile : Dr. Orlandoni Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli | | BUDGET 2021 | | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | |
|--|----------------|---|--|---|---|--------------------------|--|---|-----------------------|----------------------|--|--|----------------------------------|---------------------------|
| SETTORE | PR OG R. | OBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUMT IVO | % LIVELLO DI RAGGIUN GIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUN GIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIAN | PESO DIRIGEN ZA | PESO COMPA RTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Stesura Procedura Raccomandazione 8 Prevenzione atti di violenza | Stesura Procedura Raccomandazione 8 e Predisposizione corso Formazione per l'inserimento dello stesso nel Piano Formazione 2022 | Stesura Procedura tramite gruppo di miglioramento e Predisposizione corso Formazione specifico con UO Ufficio tecnico, UO Spp, UO Emergenza Osimo, PPI Ancona, Uo Nutrizione clinica | vedi indicatore entro il 31/12/2021 | | | | 15,0% | 15% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione inviata dalla dr.ssa Ferrara | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 2 | Appropriatezza N.A. | Monitoraggio consulenze nutrizionali | 1) Relazioni semestrale contenenti indicatori di esito del 2) Trattamento da presentare alla Direzione Sanitaria | 1) Entro il 20 luglio 2021 presentazione relativa al primo semestre 2) Entro il 20 gennaio 2022 presentazione relativa al secondo semestre | | | | 20,0% | | documentazione pervenuta in data 15/07/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 3 | Aggiornamento Procedura d'Istituto Gestione Farmaci (contenente già raccomandazione 1, 7, 10, 12) e aggiunta delle raccomandazione 17/18/19 (che utilizzeranno perimplementazioni il SIS) | Aggiornamento del documento ed inserimento indicazioni aggiungendo la Racc. 19/18/17 anche attraverso operatività del SIS | Produzione Documento aggiornato tramite gruppo di miglioramento con FARMACIA, CMI, Geratria Ancona, Fermo e Cosenza, Medicina Osimo, Pneumologia Casatenovo e Osimo, Nutrizione Clinica (per la sola Racc. 19), Odontoiatria (per la sola raccomandazione 10) | Vedi indicatore entro 31/10/2021 | | | | 15,0% | 15% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione inviata dalla dr.ssa Ferrara | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 4 | appropriatezza Somministrazione Nutrizione Artificiale | Protocollo appropriatezza Somministrazione Nutrizione Artificiale | Redazione Protocollo con scheda di valutazione sull'appropriatezza della somministrazione con approvazione da parte della DMPO | Redazione Protocollo Entro il 30/06/2021 Report sul rispetto del protocollo entro il 31/12/2021 | | | | 15,0% | | | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 5 | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere | Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio | 1) Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. entro il 30/06/2021 2) Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di riferimento Applicazione mensile come da strumenti e metodi (Check list compilate) secondo semestre entro il 31/12/2021 | | | | | 20% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione dr. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 6 | Miglioramento Organizzativo | Garantire le attività di trasporto pazienti in barella e carrozzina da e per Interno Unità Operative- Servizi ambulatoriali specialistici situati sullo stesso corpo strutturale | Redigere indicazioni operative condivise di Unità Operativa per definire criteri organizzativi di Unità Operativa per la gestione del trasporto interno. Modalità Operative definite ed applicate. | Redazione indicazioni operative e invio DMO entro 30-6-2021. Sperimentazione e attuazione delle modalità operative definite entro il 30/09/2021 | | | | | 20% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione dr. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 7 | Area IRCCS | Avanzamento studio Reportage | Presentazione lavoro x pubblicazione | Entro il 31/12/2021 | | | | 2,5% | | documentazione pervenuta in data 04/08/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 8 | Produzione scientifica | Pubblicazione su riviste con IF | IFM | | 4,00 | 10,8 | 270% | 100% | 5,0% | | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 9 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | | 2,5% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| <i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE

IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE GENERALE

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA

IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA
VISIONE)

| R3630500 - SOSP RESIDENZA SANITARIA | | Responsabile : Dr. Giannandrea Direttore Dipartimento: Prof. Sarzani | | | | BUDGET 2021 | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | |
|--|--------|--|---|--|--|-------------------|--|---|----------------|---------------|--|---|-----------------------------------|------------------------|
| SETTORE | PROGR. | OBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE Cdr | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Approccio multidisciplinare in ambito riabilitativo | Implementazione del "PROGETTO RIABILITATIVO" all'interno della documentazione integrata riabilitativa con l'inserimento della dimissione fisioterapica in un'ottica multidisciplinare | Entro giugno 2021 Redazione della scheda di dimissione fisioterapica, approvazione da parte della direzione medica e implementazione provvisoria all'interno del progetto riabilitativo Entro Settembre 2021 verifica ed eventuali servizi della scheda. Entro Ottobre 2021 | Presenza della scheda di dimissione fisioterapica in cartella con controllo della DMPO sul 100% delle cartelle per i ricoveri dell'ultimo trimestre | 100% | 100% | 100% | 25% | | documentazione pervenuta in data 31/12/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata e attestazione DMPO. | Si ritiene l'obiettivo raggiunto. | Obiettivo raggiunto |
| | 2 | Condivisione multidisciplinare degli obiettivi riabilitativi dei degenti della RSR di Treia da condividere con l'utente/caregiver di riferimento | Briefing settimanale dell'equipe multidisciplinare | Presenza di almeno un membro per ciascuna figura professionale appartenente all'equipe multidisciplinare, rilevata attraverso il verbale redatto per ogni briefing effettuato | Verifica della presenza della multiprofessionalità dell'equipe per almeno il 70% dei briefing effettuati | 82% | 100% | 100% | 25% | | documentazione pervenuta in data 31/12/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto. | Obiettivo raggiunto |
| | 3 | Aggiornamento Procedura Prevenzione e Gestione della caduta del paziente sanitario Raccomandazione 13 | Aggiornamento Procedura Raccomandazione 13 | Produzione Procedura aggiornata tramite gruppo di miglioramento tra DMPO, DPA, RSR Appignano, Riabilitazione FM, AN, CS, CT | vedi indicatore entro 31/10/2021 | | | | 25% | 20% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione inviata dalla dr.ssa Ferrara. | Si ritiene l'obiettivo raggiunto. | Obiettivo raggiunto |
| | 4 | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza | Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio | 1- Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. entro il 30/06/2021 2- Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di riferimento Applicazione mensile come da strumenti e metodi (Check list compilate) secondo semestre entro il 31/12/2021 | | | | | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione dr. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto. | Obiettivo raggiunto |
| <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 | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE _____
 IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO _____
 IL DIRETTORE GENERALE _____

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA _____
 IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE) _____

| 'R2410700 - CENTRO STUDI E RICERCHE ECONOMICO SOCIALI PER L'INVECCHIAMENTO | | Responsabile : Dr. Lamura Direttore Dipartimento: prof. Sarzani | | | BUDGET 2021 | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | |
|--|--------|--|---|--|---|-------------------|--|---|----------------|-------------------|--|---|----------------------------------|------------------------|
| SETTORE | PROGR. | OBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO O OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO O AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Economico-finanziario</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Area IRCCS - Capacità di attrarre risorse | partecipazione a bandi di ricerca a progetto | Meetings intradipartimenti e interdipartimentali per condivisione metodologia di progetti e partecipazione a bandi di ricerca | Almeno 2 meetings con report finale | 3,00 | 150% | 100% | 20% | | | obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 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 | | | | 20% | 25% | | obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 15% | 30% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 4 | Area IRCCS-Produzione Scientifica | produzione Scientifica | IFM | | 30,00 | 65,2 | 217% | 20% | 15% | | obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| <i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE

IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE GENERALE

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA

IL RESPONSABILE DI C.U.R. (PER PRESA VISIONE)

| R3610700 - SOC MEDICINA RIABILITATIVA | | Responsabile : Dr. Riccardi Direttore Dipartimento: | | | BUDGET 2021 | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | |
|--|---------|---|---|---|--|-------------------|--|---|----------------|-------------------|---|---|--------------------------------------|-------------------------|
| SETTORE | PROG R. | OBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Presenza in carico riabilitativa dei pazienti dei reparti di degenza Dip Post-Acuzie POR Ancona | Definizione di un percorso condiviso di presa in carico | Aggiornamento percorso | Presentazione del percorso entro il 31/12/2021 | | | | 10,0% | | documentazione pervenuta in data 08/11/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 2 | Percorso paziente covid | Gestione del paziente covid attraverso trattamento e riabilitazione | Relazione sull'attività svolta | Invio della relazione alla DMPO entro il 31/12/2021 e approvazione da parte di quest'ultima | | | | 5,0% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione DMPO | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 3 | Percorso Ambulatoriale di follow up Covid | Realizzazione di un ambulatorio integrato per i pazienti Covid per attività di follow up coordinato dalla DMPO con l'infettivologa dell'Istituto | 1) Revisione dei protocolli covid attualmente esistenti 2) Avvio dell'ambulatorio integrato attraverso le attività della segreteria unica di prenotazione | 1) Entro il 15 dicembre 2021 2) Entro il 31 dicembre attivazione delle prenotazioni con segreteria unica per follow-up pazienti covid | | | | 15,0% | 10% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione DMPO | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 4 | Aggiornamento Procedura Prevenzione e Gestione della caduta del paziente sanitario Raccomandazione 13 | Aggiornamento Procedura Raccomandazione 13 | Produzione Procedura aggiornata tramite gruppo di miglioramento tra DMPO, DPA, RSR Appignano, Riabilitazione FM, AN, CS, CT | Vedi indicatore entro 31/10/2021 | | | | 10,0% | 10% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Dr. Ferrara | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 5 | Presenza in carico pazienti piede diabetico | Partecipazione alla presa in carico dei pazienti del Piede Diabetico | Definizione di un percorso di presa in carico del paziente in collaborazione con le UUOO Diabetologia, Nefrologia, Cardiologia, Medicina Riabilitativa, Chirurgia, Radiologia, Geriatria | Entro il 30/09/2021 | | | | 5,0% | | documentazione inviata in data 30/09/2021 dalla dr.ssa Tortato a nome del GdL | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 6 | Valorizzazione del fabbisogno "riabilitativo" complessivo dei pazienti ricoverati, per classi di priorità e complessità (Diabetologia, Nefrologia, Cardiologia, Neurologia, Chirurgia, Radiologia, Geriatria) | Elaborazione progetto interdisciplinare con il Dipartimento delle professioni della riabilitazione | 1) Stesura del progetto 2) Avvio delle attività secondo la nuova modalità organizzativa | 1) Entro il 31/07/2021 2) Avvio delle attività entro settembre 2021 | | | | 10,0% | | documentazione pervenuta in data 29/07/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 7 | Condivisione multidisciplinare degli obiettivi riabilitativi dei degenzi della UO Riabilitazione da condividere con l'utente/caregiver di riferimento | Briefing settimanale dell'equipe multidisciplinare | Presenza di almeno un membro per ciascuna figura professionale appartenente all'equipe multidisciplinare, rilevata attraverso il verbale redatto per ogni briefing effettuato | Verifica della presenza della multiprofessionalità dell'equipe per almeno il 70% dei briefing effettuati | 100% | 100% | 100% | 10,0% | | | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 8 | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere | Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio | 1) Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. entro il 30/06/2021 2) Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di riferimento Applicazione mensile come da strumenti e metodi (Check | | | | 10% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione dr. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 9 | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare il percorso di presa in carico assistenziale-riabilitativa | Definizione di uno strumento condiviso, tra diverse figure professionali, in grado di facilitare l'inquadramento dei bisogni assistenziali-riabilitativi per favorire la presa in carico pro-attiva e migliorare l'empowerment del paziente (pratica inclusiva) | 1) Definizione dello strumento (cartaceo), dei metodi di verifica (numero delle prese in carico condivise nella/e U.O. di riferimento) e dello stato di avanzamento del nuovo modello di presa in carico condivisa tra figure professionali (Creazione strumento cartaceo al 30-09-2021 ed applicazione sperimentale al 30-11-2021) | | | | 10% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione dr. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 10 | Miglioramento Organizzativo | Garantire le attività di trasporto pazienti in barella e carrozzina e per Interno Unità Operative- Servizi ambulatoriali specializzati situati sullo stesso corpo strutturale | 1) Redigere indicazioni operative condivise di Unità Operativa per definire criteri organizzativi di Unità Operativa per la gestione del trasporto interno. 2) Modalità Operative definite ed applicate. | 1) Redazione Indicazioni operative e invio DMO entro 30-6-2021. 2) Sperimentazione e attuazione delle modalità operative definite entro il 30/09/2021 | | | | 15% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione dr. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 11 | Miglioramento Organizzativo | Garantire l'integrazione operativa delle risorse umane del comparto tra aree omogenee dei P.O. di Ancona Osimo, o dipartimentali di FE - CTN- CS | Presentazione di un progetto di fattibilità di integrazione avvio del progetto entro 30 Settembre | Avvio e sperimentazione del progetto da Ottobre a Dicembre N. Turni /Prestazioni integrate | | | | 15% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione dr. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 9 | Area IRCCS | Avanzamento studio Reportage Covid | Presentazione lavoro x pubblicazione | Entro il 31/12/2021 | | | | 2,5% | | Nessuna pubblicazione | Obiettivo non raggiunto | Si ritiene l'obiettivo non raggiunto | Obiettivo non raggiunto |
| | 10 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alla organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Pre-disposizione documentazione e partecipazione alle attività per le site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 2,5% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 11 | Produzione scientifica | Pubblicazione su riviste con IF | IFM | 10 | 18,8 | 188% | 100% | 5,0% | | | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| <i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA
IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE)

| 861000 - SOC CLINICA DI MEDICINA INTERNA E GERIATRIA AN | | Responsabile : Prof. Sarzani Direttore Dipartimento: Prof. Sarzani | | BUDGET 2021 | | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | |
|---|--------|--|---|---|---|-------------------|--|---|----------------|-------------------|---|--|--|--------------------------|
| SETTORE | PROGR. | OBBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CgR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità) | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Percorso paziente covid | Gestione del paziente covid attraverso trattamento e riabilitazione | Relazione sull'attività svolta | Invio della relazione entro il 31/12/2021 alla DMPO e approvazione da parte di quest'ultima | | | | 20,0% | 10,0% | | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione DMPO | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 2 | Percorso Ambulatoriale di follow up Covid | Realizzazione di un ambulatorio integrato per i pazienti Covid per attività di follow up coordinato dalla DMPO con l'infettivologa dell'Istituto | 1) Revisione dei protocolli covid attualmente esistenti 2) Avvio dell'ambulatorio integrato attraverso le attività della segreteria unica di prenotazione | 1) Entro il 15 dicembre 2021 2) Entro il 31 dicembre attivazione delle prenotazioni con segreteria unica per follow-up pazienti covid | | | | 20,0% | | Documentazione presente nella cartella "Obit trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 3 | Aggiornamento Procedura d'Istituto Gestione Farmaci (contenente già raccomandazione 1, 7, 10, 12) e aggiunta delle raccomandazione 17/18/19 (che utilizzeranno per implementazioni il SIS) | Aggiornamento del documento ed inserimento indicazioni aggiungendo la Rac. 19/18/17 anche attraverso operatività del SIS | Produzione Documento aggiornato tramite gruppo di miglioramento con FARMACIA, CMI, Geriatria Ancona, Fermo e Cosenza, Medicina Osimo, Pneumologia Casatenovo, Nutrizione Clinica (per la sola Rac. 19), Odontoiatria (per la sola raccomandazione 10) | Vedi indicatore entro 31/10/2021 | | | | 15,0% | 10,0% | Documentazione presente nella cartella "Obit trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione inviata dalla dr.ssa Ferrara | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 4 | Sviluppo percorsi integrati per la medicina palliativa | Stesura documento nell'ambito di un gruppo di miglioramento con UD Cardiologia, DPA, Geriatria e servizio Dignity Care per la medicina palliativa rivolta a paziente ansioso fragile con insufficienza d'organo e propedeutico per PDTA specifico | Presentazione del Documento | Entro il 31/12/2021 | | | | 10,0% | | documentazione trasmessa dal dr. Guidi in data 15/12/2021 | Obiettivo non valutabile. Si veda mail inviata dal dr. Guidi. | A seguito dell'incontro con la Direzione, si è deciso di intraprendere un nuovo percorso che si strutturerà nel corso del 2022 attraverso la stesura di un documento e la formazione dei professionisti INBCA. Si riconsidera, pertanto, | obiettivo non valutabile |
| | 5 | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere | Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio | 1) Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero, entro il 30/06/2021 2) Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di riferimento Applicazione mensile come da strumenti e metodi (Check list compilate) secondo semestre entro il 31/12/2021 | 100% | 100% | 100% | | 10,0% | Documentazione presente nella cartella "Obit trasversali" | Si veda relazione dr. Marinelli | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 6 | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare il percorso di presa in carico assistenziale-riabilitativa | Definizione di uno strumento condiviso, tra diverse figure professionali, in grado di facilitare l'inquadramento dei bisogni assistenziali-riabilitativi per favorire la presa in carico pro-attiva e migliorare l'empowerment del paziente (pratica inclusiva) | 1) Definizione dello strumento (cartaceo), dei metodi di verifica (numero delle prese in carico condivise nella/e U.O. di riferimento) e dello stato di avanzamento del nuovo modello di presa in carico condivisa tra figure professionali (Creazione strumento cartaceo al 30-09-2021 ed applicazione sperimentale al 30-11-2021) | | | | | 10,0% | Documentazione presente nella cartella "Obit trasversali" | Si veda relazione dr. Marinelli | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 7 | Miglioramento Organizzativo | Garantire l'integrazione operativa delle risorse umane del comparto tra aree omogenee de. P.O. di Ancona Osimo, o dipartimentali di FE - CTR - CS | Presentazione di un progetto di fattibilità di integrazione avvio del progetto entro 30 Settembre | Presentazione del progetto entro Luglio 2021. avvio e sperimentazione del progetto da Ottobre a Dicembre N. Turni / Prestazioni integrate | | | | | 15,0% | Documentazione presente nella cartella "Obit trasversali" | Si veda relazione dr. Marinelli | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 8 | Miglioramento Organizzativo (per il solo servizio di Pneumologia) | Garantire le attività di trasporto pazienti in barella e carrozzina da e per interno Unità Operative- Servizi ambulatoriali specialistici situati sullo stesso corpo strutturale | Redigere indicazioni operative condivise di Unità Operativa per definire criteri organizzativi di Unità Operativa per la gestione del trasporto interno. Modalità Operative definite ed applicate. | Redazione Indicazioni operative e invio DMPO entro 30-6-2021. Sperimentazione e attuazione delle modalità operative definite entro il 30/09/2021 | | | | | 15,0% | Documentazione presente nella cartella "Obit trasversali" | Si veda relazione dr. Marinelli | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| Prospettiva dell'utenza e stakeholder | | | | | | | | | | | | | | |
| | 9 | Area IRCCS | Avanzamento studio Reportage Covid | presentazione lavoro x pubblicazione | Entro il 31/12/2021 | | | | | 2,5% | Documentazione presente nella cartella "Obit trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 10 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 - Partecipazione alla organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | | 2,5% | Documentazione presente nella cartella "Obit trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 11 | Produzione scientifica | Pubblicazione su riviste con IF | IFM | 14 | 31,30 | 224% | 100% | 5,0% | | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto | |
| Strategie e innovazione dei processi | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | 25,0% | 30,0% | | | | |

IL RESPONSABILE

IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE GENERALE

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA

IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE)

| R3611300 - SOSD DEGENZA POST- ACUZIE AN | | Responsabile : Dr. Guidi Direttore Dipartimento: Prof. Sarzani | | BUDGET 2021 | | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | |
|--|--------|---|---|--|---|----------------------------|--|---|----------------|--|---|--|--|--------------------------|
| SETTORE | PROGR. | OBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° Istanza | VALUTAZIONE 2° Istanza |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Appropriatezza Ricoveri in DPA | Revisione e applicazione procedura | 1)Revisione del documento di eleggibilità dei ricoveri in DPA tenendo conto di quanto previsto nella delibera regionale. 2)Condivisione con le UOOC Coinvolte 3) Applicazione procedura | 1) e 2) Entro il 30/06/2021 3) Entro 30/09/2021 | | | | | 10% | Documento condiviso pervenuto in data 25/06/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 2 | Sviluppo percorsi integrati per la medicina palliativa | Stesura documento nell'ambito di un gruppo di miglioramento con UO Cardiologia, Geriatria, CMI e servizio Dignity Care per la medicina palliativa rivolte a paziente anziano fragile con insufficienza d'organo e propedeutico per PDTA specifico | Presentazione del Documento | entro il 31/12/2021 | | | | | 10% | documento pervenuto in data 15/12/2021 | Obiettivo non valutabile. Si veda documentazione allegata | Si conferma la non valutabilità dell'obiettivo | Obiettivo non valutabile |
| | 3 | Appropriatezza dei regimi assistenziali | Riduzione della degenza media per ricovero al fine di rientrare nei valori soglia attraverso l'ottimizzazione del percorso di dimissione protetta con l'utilizzo di tutte le strutture territoriali. | % dei ricoveri fuori soglia su ricoveri totali | Riduzione della percentuale dei fuori soglia del 30% rispetto al 2020 | 2020: 7,43% 2021: 1,96% | -74% | 100% | 15% | | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto | |
| | 4 | Presenza in carico riabilitativa dei pazienti dei reparti di degenza Dip Post-Acuzie POR Ancona | definizione di un percorso condiviso di presa in carico | aggiornamento percorso, % pazienti trattati rispetto alle richieste | percorso entro 30.09.2021 90% dei pazienti trattati come da attestazione del Direttore UO DPA | 92 | 95% | 100% | 15% | documento pervenuto in data 15/12/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto | |
| | 5 | Aggiornamento Procedura Prevenzione e Gestione della caduta del paziente sanitario Raccomandazione 13 | Aggiornamento Procedura Raccomandazione 13 | Produzione Procedura aggiornata tramite gruppo di miglioramento tra DMPO, DPA, RSR Appignano, Riabilitazione FM, AN, CS, CT | vedi indicatore entro 31/10/2021 | | | | 15% | 25% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione inviata dalla dr.ssa Ferrara | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 6 | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere | Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio | 1- Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. entro il 30/06/2021 2- Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di riferimento Applicazione mensile come da strumenti e metodi (Check list compilate) secondo semestre entro il 31/12/2021 | | | | 25% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione dr. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto | |
| | 7 | Miglioramento Organizzativo | Garantire le attività di trasporto pazienti in barella e carrozzina da e per Interno Unità Operative- Servizi ambulatoriali specialistici situati sullo stesso corpo strutturale | Redigere indicazioni operative condivise di Unità Operativa per definire criteri organizzativi di Unità Operativa per la gestione del trasporto interno. Modalità Operative definite ed applicate. | Redazione Indicazioni operative e invio DMO entro 30-6-2021. Sperimentazione e attuazione delle modalità operative definite entro il 30/09/2021 | | | | 20% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione dr. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto | |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 8 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 10% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE _____
 IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO _____
 IL DIRETTORE GENERALE _____

IL VALUTATORE DI 1° Istanza _____
 IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE) _____

| R3611200 - FARMACIA AN | | Responsabile : Dott. Di Muzio Direttore Dipartimento: Dott. Paci | | BUDGET 2021 | | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | |
|--|----------|--|---|---|---|-------------------|--|---|----------------|-------------------|--|--|--|------------------------|
| SETTORE | PROG. R. | OBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARATO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Economico-finanziario</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Hub regionale vaccini covid | Monitoraggio attività Hub Regionale vaccini covid | Presentazione Report mensile su attività effettuata come hub regionale vaccini covid | Entro il 31/12/2021 | | | | 15% | | | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 2 | Aggiornamento Procedura d'Istituto Gestione Farmaci (contiene già raccomandazione 1, 7, 10, 12) e aggiunta delle raccomandazione 17/18/19 (che utilizzeranno per implementazioni il SIS) | Aggiornamento del documento ed inserimento indicazioni aggiungendo la Racc. 19/18/17 anche attraverso operatività del SIS | Produzione Documento aggiornato tramite gruppo di miglioramento con FARMACIA, CMI, Geratria Ancona, Fermo e Cosenza, Medicina Osimo, Pneumologia Casatenovo e Osimo, Nutrizione Clinica (per la sola Racc. 19), Odontoiatria (per la sola raccomandazione 10) | Vedi indicatore entro 31/10/2021 | | | | 10% | 15% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Documentazione trasmessa dalla dr.ssa Ferrara in data 30/10/2021 | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 3 | Farmaci in scadenza | Definizione procedura di riallocazione dei farmaci in scadenza | Presentazione procedura | Entro il 31/12/2021 | | | | 15% | | | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Tenuto conto che la procedura è stata elaborata e che i farmaci in scadenza vengono riallocati internamente e direttamente dall'UO, si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 4 | Centro Regionale Somministrazione Cannabis | Monitoraggio attività di Somministrazione Cannabis | Report di monitoraggio | Entro il 31/12/2021 | | | | 10% | | | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 5 | Miglioramento della pratica clinica nell'infezione del Clostridium difficile | Segnalazioni delle reazioni avverse farmaci | Aumento delle segnalazioni 2021 vs 2018-2020 su base annuale. | Vedi indicatore | 113% | 113% | 100% | 15% | | | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 6 | Miglioramento dell'assistenza | Collaborazione con il personale impegnato nella campagna Affiancare gli operatori impegnati nella campagna vaccinale, nelle fasi di dimostrazione della diluizione/somministrazione dei vaccini, compilazione della specifica modulistica, implementazione delle azioni organizzative di competenza, nelle sedi vaccinali INRCA | Report delle attività di affiancamento messe in atto durante la campagna vaccinale 2021 | Invio della rendicontazione entro il 31/12/2021 | | | | | 55% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione dr. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 7 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 - Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 10% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| <i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA
IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE)

| R3612100 - SOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI AN | | Responsabile - Dott. Paci Direttore Dipartimento: Dott. Paci | | | BUDGET 2021 | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | | | |
|---|------------|--|--|--|---|---|--|---|----------------|-------------------|----------------------------|-----------------|---|---|--|---------------------|
| SETTORE | PROG | OBBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA | | |
| Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | Implementazione del Percorso diagnostico per i disturbi disfunzionali del pavimento pelvico tra le UUO di Radiologia e Neurologia del Presidio di Ancona | Attivazione e monitoraggio del percorso diagnostico di pazienti con disturbi del pavimento pelvico da sottoporre a Defeco- RM e Diagnostica elettrofisiologica del pavimento pelvico | Report di monitoraggio dell'applicazione del percorso diagnostico entro 30 settembre 2021 | Esecuzione di almeno n. 8 esami Defeco-RM e Diagnostica elettrofisiologica del pavimento pelvico entro il 31/12/2021 | | 9 | 113% | | 100% | 10,0% | 5,0% | Sono state eseguite 9 esami come attestazione sottoscritta anche dal Responsabile dell'UO Neurologia | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto | |
| 2 | | Sviluppo competenze in Rad Interventistica e Vascolare | Verifica della appropriatezza delle richieste e dei percorsi diagnostico terapeutici nella patologia ischemica degli arti inferiori | Incontri interdisciplinari (Radiologia, Chirurgia, Piede diabetico) di discussione della casistica vascolare e valutazione indicazioni diagnostiche, priorità ed opzioni terapeutiche | Stesura documento conclusivo | n incontri verbalizzati(almeno 10 /Anno) Entro il 30/11/2021 | | | | | 10,0% | | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto | |
| 3 | | Attività assistenziale elettiva e in urgenza, in epoca pandemica Covid 19, in Radiologia Interventistica | gestione e programmazione dell'attività di Radiologia Interventistica | Stesura documento conclusivo | mantenimento / incremento numero prestazioni | almeno 500/anno | 729,00 | 146% | | 100% | 10,0% | 10,0% | Sono stati eseguiti 729 procedure di radiologia interventistica | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto | |
| 4 | | Protocollo di prevenzione del danno renale nel paziente da sottoporre ad esami con mezzo di contrasto. | 1)formalizzazione del percorso 2) attivazione del protocollo | documentazione di formalizzazione e successiva applicazione | entro il 31/05/2021 | | | | | | 5,0% | | documentazione prodotta dalla dr. ssa Lenzi in data 27/05/2021 | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto | |
| 5 | | Sviluppo competenze in Rad Interventistica e Vascolare | formazione nelle tecniche terapeutiche di urgenza del trattamento della ischemia acuta e cronica arti inferiori (fibrinolisi/trombolitizzazione) | n prestazioni | almeno 10/anno | | 12,00 | 120% | | 100% | 10,0% | | sono state eseguite 12 procedure da gennaio a settembre | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto | |
| 6 | | Riorganizzazione attività UO Radiologia Clin ed Interventistica | Avanzamento progetto di riorganizzazione dell'UO 2020 Radiodiagnostica (PDR Ancona e sedi periferiche) | implementazione nuove procedure di teleseguimento tra i presidi di Ancona e Osimo, riorganizzazione ed informatizzazione delle procedure in Rad Interventistica | Entro il 30/11/2021 | | | | | | 10,0% | | Obiettivo raggiunto. Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto | |
| 7 | | Percorso di formazione e analisi fattibilità e appropriatezza TC/RM encefalo perfusione o RM DWI nella datazione dell'ictus al risveglio o caratterizzazione della crisi epilettica all'esordio di deficit neurologico focale, tra le UUO di NeuroRadiologia e Neurologia del Presidio di Ancona | Programmazione e avvio del percorso | Numero incontri formativi rivolti a TSRM, Neurologi, Neuroradiologi | 2 entro Luglio 2021 | | 3,00 | 150% | | 100% | 10,0% | 10,0% | gli incontri si sono tenuti entro la data prevista nel valore obiettivo. Si veda attestazione del dr. Felliccioni | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto | |
| 8 | | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere | Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio | 1- Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. entro il 30/06/2021 2- Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di riferimento Applicazione mensile come da strumenti e metodi (Check list complete) secondo operatività entro il 31/12/2021 | | | | | | 15,0% | | Documentazione presente nella cartella "Obie trasversali" | Si veda relazione dr. Marinelli | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| 9 | | Miglioramento Organizzativo | Garantire le attività di trasporto pazienti in barella e carrozzina da e per Interno Unità Operative- Servizi ambulatoriali specialistici situati sullo stesso corpo strutturale | Redigere indicazioni operative condivise di Unità Operativa per definire criteri organizzativi di Unità Operativa per la gestione del trasporto interno. Modalità Operative definite ed applicate. | Redazione indicazioni operative e invio DMG entro 30-6-2021. Sperimentazione e attuazione delle modalità operative definite entro il 30/09/2021. | | | | | | 15,0% | | Documentazione presente nella cartella "Obie trasversali" | Si veda relazione dr. Marinelli | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| 10 | | Miglioramento Organizzativo | Garantire l'integrazione operativa delle risorse umane del comparto tra aree omogenee de. P.O. di Ancona Osimo, o dipartimentali di FE-CTN- CS. | Presentazione di un progetto di fattibilità di integrazione avvio del progetto entro 30 Settembre | Avvio e sperimentazione del progetto da Ottobre a Dicembre N. Turni /Prestazioni integrate | | | | | | 15,0% | | Documentazione presente nella cartella "Obie trasversali" | Si veda relazione dr. Marinelli | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| Prospettiva dell'utenza e stakeholder | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Area IRCCS | Avanzamento studio Reportage Covid | | presentazione lavoro e pubblicazione | Entro il 31/12/2021 | | | | | | 2,5% | | Documentazione presente nella cartella "Obie trasversali" | Il lavoro è stato presentato e accettato da una rivista con IF. | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| 12 | | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 - Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | | | 2,5% | | Documentazione presente nella cartella "Obie trasversali" | La documentazione è stata inviata alla dr.ssa Ferrara. | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| 13 | | Produzione scientifica | Pubblicazione su riviste con IF | IFM | 4 | 12,00 | | 300% | | 100% | 2,5% | | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione della Direzione Scientifica | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto | |
| 14 | Area IRCCS | Stesura di un protocollo di studio e ricerca in Radiol Interventistica | | Presentazione di un protocollo di studio di Radiologia Interventistica al Comitato Etico | Entro il 31/12/2021 | | | | | | 2,5% | | Il protocollo è stato inviato alla segreteria del comitato etico in data 9/12/2021 | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto | |
| Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | | | | | | | | |

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE GENERALE

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA

IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE)

| #3611900 - SOC LABORATORIO ANALISI CHIMICO- CLINICHE E MOLECOLARI AN | | | | | | | | | | RESPONSABILE : Dott. Agostinelli Direttore Dipartimento: Dott. Paci | | | | BUDGET 2021 | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | |
|---|----------------|--|--|---|---|----------------------|---|--|-------------------|--|--|--|---|---------------------------|--|--|--|-------------------|--|--|--|
| SETTORE | PR OG R. | OBBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUMTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA | | | | | | | |
| Economico-finanziario | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | Nell'ambito del progetto certificazione condivisione tra il Laboratorio del POR Ancona e PO Osimo di una Procedura Operativa in grado di descrivere in maniera esaustiva il percorso del flusso del campione (dalla accettazione alla referenziazione) in relazione ai percorsi clinici comuni o specifici dei singoli Settori | Aggiornamento della documentazione attualmente in uso attraverso una revisione condivisa tra il personale delle due Sedi | Aggiornamento dell'attuale documentazione in uso e stesura di una Procedura Operativa condivisa attraverso incontri in presenza, collegamenti da remoto, scambi di e-mail e/o liste di distribuzione tra gli operatori del Laboratorio in servizio nei due Presidi | Stesura di una Procedura Operativa validata entro il 31/12/2021 e attiva nei due Presidi | | | | 15% | 10% | | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto | | | | | | | |
| 2 | | Implementazione sul LIS dei vari pannelli per diagnostica rapida mediante tecnologia BIOFIRE FilmArray in grado di garantire una migliore cura del paziente attraverso l'approccio sindromico completo di differenti patologie | Creazione sul LIS dei seguenti esami con possibilità di richiedere la prestazione da parte del clinico sia sul programma Alchymia Reparti che direttamente da SIS/NBS: a) pannello respiratori BIOFIRE RP 2.1 PLUS da tampona naso-faringeo; b) pannello sulle infezioni del torrente circolatorio BCDID2, direttamente da emocoltura positiva (innovazione nella diagnostica rapida sulla sepsi); c) PNEUMONIA PANEL PLUS, pannello per la diagnosi rapida delle polmoniti direttamente da espettorato; aspirato endotracheale e lavaggio broncoalveolare; d) ME PANEL, pannello per la diagnosi di meningite/encefalite; e) GI PANEL, pannello per la gastroenteriti | Presentazione protocollo Pannello Sepsi Implementazione sul SERVER unico di un codice numerico/descrittivo per ciascun pannello descritto richiedibile dalla varie UU.OO. tramite SIS /NBS e Alchymia Reparti | Presentazione protocollo entro il 30/09 Produzione di referti di pazienti relativi alla richiesta di almeno quattro dei cinque pannelli descritti con evidenza della totalità dei target compresi (virus, batteri e lieviti) | | | | 15% | | | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto | | | | | | | |
| 3 | | Condivisione con i clinici di un percorso che descriva la gestione del paziente con sospetta infezione del Sistema Nervoso Centrale | Incontri con le UU.OO. interessate per definire un protocollo comune per la gestione delle richieste del liquido cefalorachidiano al fine di garantire un percorso appropriato ed una corretta gestione del campione. Condivisione di protocolli e di algoritmi diagnostici applicati a fronte di precisi quesiti clinici che definiscono il pannello degli esami disponibili presso il Laboratorio Analisi e quelli richiedibili mediante cessione di servizio presso la ADUOR di Torrette (Citologia, Virologia, Microbiologia) | Valutazione dei differenti approfondimenti diagnostici alla fine della presentazione dei protocolli relativi a: esame chimico-fisico, conta delle cellule totali ed eventuale conta differenziale dei globuli bianchi, analisi microscopica, analisi colturali, analisi molecolare (PCR), specifici esami anticorpali o antigenici e approccio sindromico mediante FilmArray | Presentazione della documentazione prodotta relativa a protocolli e algoritmi diagnostici condivisi e sottoscritti con le varie UU.OO. entro il 30/11/2021 | | | | 15% | | | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Tenuto conto che gli esami diagnostici richiesti dalle diverse UUOO sono stati inseriti nel LIS, l'obiettivo può essere considerato raggiunto nonostante la mancata condivisione con le UUOO a causa della pandemia | Obiettivo raggiunto | | | | | | | |
| 4 | | Implementazione biobanca dermatologica | Collaborazione con la UO Dermatologia nell'ambito di un progetto che ha come obiettivo generale quello di costituire una raccolta di campioni biologici di pazienti operati a cui è stato diagnosticata una patologia cutanea oncologica, finalizzata alla raccolta, conservazione e distribuzione di materiale biologico umano e dei dati ad esso afferenti per finalità di ricerca scientifica garantendo i diritti dei soggetti coinvolti | Svolgimento di tutte le attività previste dal progetto: accettazione dei campioni sul LIS mediante l'inserimento di un profilo definito, stoccaggio di materiale biologico (siero, plasma, buffy coat) dopo opportuna centrifugazione e relativa conservazione delle aliquote (stoccaggio a temperature <20° C), esecuzione degli esami di laboratorio, inserimento dei dati relativi alle indagini di laboratorio richieste e aggiornamento del database | Svolgimento delle attività previste per la totalità dei soggetti arruolati dall'UO Dermatologia | | | | 10% | 10% | | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto | | | | | | | |
| 5 | | Appropriatezza richieste esami di laboratorio | Analisi di tutti gli esami "non pervenuti" e realizzazione di un report che evidenzii i dati per richiedente | Presentazione dei report che metta a confronto l'andamento trimestrale dei "non pervenuti" per tipologia di esame e richiedente | Report entro 31 gennaio 2021 | | | | 10% | | | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto | | | | | | | |
| 6 | | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere | Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio | 1- Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. entro il 30/06/2021 2- Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di riferimento Applicazione mendice come da strumenti e metodi (Check list compilate) secondo semestre entro il 31/12/2021 | | | | 25% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione dr. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto | | | | | | | |
| 7 | | Miglioramento Organizzativo | Garantire l'integrazione operativa delle risorse umane del comparto tra aree omogenee de. P.O. di Ancona Osimo, o dipartimentali di FE - CTN- CS | Presentazione di un progetto di fattibilità di integrazione avvio del progetto entro 30 Settembre | avvio e sperimentazione del progetto da Ottobre a Dicembre N. Turni /Prestazioni integrate | | | | 25% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione dr. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto | | | | | | | |
| Prospettiva dell'utenza e stakeholder | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | Produzione scientifica | Publicazione su riviste con IF | IFM | | 6 | 28,80 | 480% | 100% | | | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione della Direzione Scientifica. | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto | | | | | | | |
| 9 | | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 5% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione della Direzione Scientifica. | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto | | | | | | | |
| Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | 25% | 30% | | | | | | | | | | | |

IL RESPONSABILE _____
 IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO _____
 IL DIRETTORE GENERALE _____

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA _____
 IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE) _____

| R3613600 - SOSD MEDICINA NUCLEARE AN | | Responsabile : Dott.ssa Fornarelli Direttore Dipartimento: Dott. Paci | | | | BUDGET 2021 | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | |
|--|----------|--|---|--|---|-------------------|--|---|----------------|---------------|---|--|--|----------------------------------|
| SETTORE | PROG. R. | OGGETTO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CDR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Digitalizzazione: riduzione dei registri cartacei. | Revisione delle procedure di compilazione dei registri attualmente in formato cartaceo, propedeutica ad uno studio di fattibilità di digitalizzazione. | Descrizione delle procedure in essere che coinvolgono la compilazione dei registri. | Presentazione di un documento contenente la descrizione delle procedure da digitalizzare. | | | | 25,0% | | Il documento è stato presentato in data 22/12/2021. | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 2 | Scintigrafia cerebrale (DAT SCAN) | Aumento dell'attività | Aumento del 20% delle prestazioni esterne erogate | Vedi indicatore | 18,44% | 92,2% | 92,2% | 20,0% | 10% | Nel 2021 sono state effettuate n. 122 prestazioni mentre nel 2020 n. 103 con un aumento superiore al 18,44% | Obiettivo parzialmente raggiunto. | Si ritiene l'obiettivo parzialmente raggiunto al 92,2% | Obiettivo raggiunto parzialmente |
| | 3 | Incremento di attività di miocardioscintigrafia finalizzata alla riduzione delle liste di attesa | Incremento di una seduta al mese | N. sedute | Almeno 6 sedute in più rispetto al 2019 | | | | 20,0% | 10% | si evince indirettamente dall'aumento di quasi il 50% delle prestazioni | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 4 | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere | Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio | 1- Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. entro il 30/06/2021 2- Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di riferimento Applicazione mensile come da strumenti e metodi (Check list compilate) secondo semestre entro il 31/12/2021 | | | | | 25% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione del dr. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 5 | Miglioramento Organizzativo | Garantire le attività di trasporto pazienti in barella e carrozzina da e per Interno Unità Operative- Servizi ambulatoriali specialistici situati sullo stesso corpo | Redigere indicazioni operative condivise di Unità Operativa per definire criteri organizzativi di Unità Operativa per la gestione del trasporto interno. Modalità Operative definite ed applicate. | Redazione Indicazioni operative e invio DMO entro 30-6-2021. Sperimentazione e attuazione delle modalità operative definite entro il 30/09/2021 | | | | | 25% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione del dr. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6 | Area IRCCS | Avanzamento studio Reportage Covid | Presentazione lavoro x pubblicazione | Entro il 31/12/2021 | | | | 2,5% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda attestazione della Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo non raggiunto | Obiettivo non raggiunto |
| | 7 | Produzione scientifica | Pubblicazione su riviste con IF | IFM | | 4 | 0 | 0% | 5,0% | | | Si veda attestazione della Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo non raggiunto | Obiettivo non raggiunto |
| | 8 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 2,5% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda attestazione della Direzione Scientifica. | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| <i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | 25,0% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA
IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE)

| 'R2410600 - SOC CENTRO PATOLOGIA CLINICA E TERAPIA INNOVATIVA AN | | Responsabile : Prof. Procopio Direttore Dipartimento: Dott. Paci | | BUDGET 2021 | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|-----------------------------|-------------------|--|---|----------------|---------------|------------------|------------------|--|---|---|----------------------------------|
| SETTORE | OBBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | RISORSE AGGIUNTE | VALENZA BIENNALE | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prospettiva dell'utenza e stakeholder | 1 Area IRCCS | Avanzamento studio Reportage Covid | presentazione lavoro x pubblicazione | Entro il 31/12/2021 | | | | 15% | | | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo pienamente raggiunto, con la sottomissione, entro il 31/12 alla rivista Mech Ageing Dev del seguente lavoro: Circulating miR-320b and miR-483-5p levels are associated with COVID-19 in-hospital mortality . Il lavoro è attualmente pubblicato sulla rivista e visibile su PubMed | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 2 Area IRCCS- Produzione scientifica | Pubblicazione su riviste con IF | IFM | | 60,00 | 74,97 | 125% | 100% | 20% | 20% | | | Obiettivo raggiunto | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 3 Emergenza Covid | Diagnostica molecolare per rilevazione di SARS-CoV-2 | Partecipazione attività diagnostica molecolare | vedi indicatore | | | | | 20% | 30% | | si veda allegato Direttore Sanitario | L'obiettivo è stato raggiunto. La UOC CPCTI, a causa del perdurare dell'emergenza pandemica da SARS-CoV-2 per l'intero anno 2021, ha partecipato attivamente all'attività di diagnostica molecolare attraverso l'esecuzione di tamponi oro-nasofaringei presso il PST, mettendo a disposizione tutte e tre i dirigenti biologi appartenenti alla UOC. | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 4 Conferma riconoscimento del carattere scientifico | alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | | 20% | 20% | | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Il personale della UOC ha partecipato alle attività richieste per la preparazione della documentazione per la conferma del carattere scientifico dell'istituto. Tutta la documentazione richiesta per la stesura dell'Allegato B è stata puntualmente inviata. | Si ritiene l'obiettivo raggiunto |
| Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | 25% | 30% | | | | | | |

IL RESPONSABILE

IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE GENERALE

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA

IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE)

| R2901900 - SOSD LABORATORIO ANALISI CT | | Responsabile : Dr. Colciago Direttore Dipartimento: dr. Colombo | | | BUDGET 2021 | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | |
|--|-------|--|---|--|---|-------------------|--|---|----------------|-------------------|--|---|--------------------------------------|-------------------------|
| SETTORE | PROGR | OBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Miglioramento appropriatezza diagnostica | Introduzione dosaggio quantitativo automatizzato per il rilevamento qualitativo e quantitativo degli anticorpi IgG, inclusi gli anticorpi neutralizzanti, alSARS-CoV-2 nel siero e nel plasma umano | Introduzione per utenti interni | Introduzione dal 31/03/2021 | | | | 15% | 10% | documentazione inviata dal Responsabile in data 28/10/2021 | Obiettivo raggiunto, come da documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 2 | Miglioramento appropriatezza diagnostica | Introduzione dosaggio immunocromatografico in vitro per la rilevazione qualitativa dell'antigene della proteina nucleocapside del virus SARS-CoV-2 in campioni di tamponi nasofaringei | Introduzione per utenti interni | Introduzione dal 31/05/2021 | | | | 15% | | documentazione inviata dal Responsabile in data 28/10/2021 | Obiettivo raggiunto, come da documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 3 | Miglioramento qualità interna | Aggiornamento procedura trattamento campioni destinati alla spedizione in service | Aggiornamento istruzioni operative | da effettuare entro 31/07/2021 | | | | 20% | 10% | documentazione inviata dal Responsabile in data 28/10/2021 | Obiettivo raggiunto, come da documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 4 | Miglioramento rapporti con l'utenza | Revisione istruzioni operative per la raccolta di materiale biologico (feci, urine, liquido seminale, espettorato) | Aggiornamento istruzioni operative e inserimento nel portale | Aggiornamento e inserimento nel portale entro il 31/12/2021 | | | | 15% | 10% | | Obiettivo raggiunto, come da documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 5 | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere | Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio | 1- Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero, entro il 30/06/2021 2- Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di riferimento Applicazione mensile come da strumenti e metodi (Check list compilate) secondo semestre entro il 31/12/2021 | | | | | 40% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione dott. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 5% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | | Area Irccs | Produzione Scientifica | IFM | | 4 | 0,00 | 0,00 | 0% | 5% | | Si veda attestazione della Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo non raggiunto | Obiettivo non raggiunto |
| <i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE _____
 IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO _____
 IL DIRETTORE GENERALE _____

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA _____
 IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE) _____

| 'R2902100 - SOSD RADIOLOGIA CT | | Responsabile : Dr. Genchi Direttore Dipartimento: Dr. Colombo | | BUDGET 2021 | | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | |
|--|--------|--|---|--|--|-------------------|--|---|----------------|-------------------|--|---|----------------------------------|------------------------|
| SETTORE | PROGR. | OBBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Integrazione Siss Regione Lombardia | Produzione validazione e firma digitale referti ambulatoriali | Numero di referti validati e firmati digitalmente dal Responsabile UOSD | 98% dei referti ambulatoriali validati firmati (fonte Siss con certificazione DMPO) | 99,87% | 102% | 100,00 | 20% | | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 2 | Miglioramento dei servizi offerti | Implementazione MOC | funzionamento regolare e continuativo della diagnostica | Mantenimento apertura della diagnostica in situazione di emergenza Covid | | | | 20% | 10% | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 3 | Interazione territorio | Riorganizzazione attività di servizio | Slot riservati alla diagnostica del torace per pazienti COVID-19 | n. 2 al giorno | 2,00 | 100% | 100% | 25% | 10% | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 4 | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere | Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio | 1- Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. entro il 30/06/2021 2- Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di riferimento Applicazione mensile come da strumenti e metodi (Check list compilate) secondo semestre entro il 31/12/2021 | | | | | 50% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | si veda relazione dott. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 10% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| <i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE _____
 IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO _____
 IL DIRETTORE GENERALE _____

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA _____
 IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE) _____

| R2901000 - SOC PNEUMOLOGIA CT | | Responsabile : Dr. Colombo Direttore Dipartimento: dr. Colombo | | | BUDGET 2021 | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | |
|--|---------|--|--|---|---|-------------------|--|---|----------------|-------------------|--|--|--|------------------------|
| SETTORE | PROG R. | OBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Processi Interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Emergenza covid | Disponibilità a gestire pazienti critici provenienti dal PS e dai restanti reparti dell'ospedale, affetti da grave insufficienza respiratoria con necessità di supporto non invasivo (CPAP) Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria covid in coerenza con i provvedimenti regionali e aziendali emessi ad hoc | Presi in carico dei pazienti provenienti dal PS o da altri reparti H Mandic | 100% come da attestazione della Direzione Medica dell'Ospedale Mandic Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria entro il 31/12/2021 | | | | 15% | 15% | | Obiettivo raggiunto si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 2 | Piano di Riordino Rete Ospedaliera: DGR XI/3264 - Riclassificazione macroattività degenza semiintensiva " tipo A" | Presentazione all'ATS di istanza di trasformazione nei tempi definiti dalla Regione Lombardia | Stesura istanza dedicata | Presentazione istanza entro il 28/02/21 | | | | 10% | | | Obiettivo raggiunto si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 3 | Follow-up multiprofessionale Paziente Covid | Apertura ambulatorio dedicato Long Covid secondo protocollo Inrca | Almeno 2 ambulatori settimanali | a partire da maggio 2021 | 2 | 100% | 100% | 20% | | | Obiettivo raggiunto si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 4 | Aggiornamento Procedura d'Istituto Gestione Farmaci (contenente già raccomandazione 1, 7, 10, 12) e aggiunta delle raccomandazione 17/18/19 (che utilizzeranno per implementazioni il SIS) | Aggiornamento del documento ed inserimento indicazioni aggiungendo la Racc. 19/18/17 anche attraverso operatività del SIS | Produzione Documento aggiornato tramite gruppo di miglioramento con FARMACIA, CMI, Geratria Ancona, Fermo e Cosenza, Medicina Osimo, Pneumologia Casatenovo e Osimo, Nutrizione Clinica (per la sola Racc. 19), Odontoiatria (per la sola raccomandazione | vedi indicatore entro 31/10/2021 | | | | 20% | 5% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione inviata dalla dr.ssa Ferrara | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 5 | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere | Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio | 1- Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero, entro il 30/06/2021 2- Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di riferimento Applicazione mensile come da strumenti e metodi (Check list compilate) secondo semestre entro il 31/12/2021 | | | | | 25% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | si veda relazione Dott. Marinelli | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 6 | Miglioramento dell'assistenza | migliorare il percorso di presa in carico assistenziale-riabilitativa | Definizione di uno strumento condiviso, tra diverse figure professionali, in grado di facilitare l'inquadramento dei bisogni assistenziali-riabilitativi per favorire la presa in carico pro-attiva e migliorare l'empowerment del paziente (pratica inclusiva) | 1- Definizione dello strumento (cartaceo), dei metodi di verifica (numero delle prese in carico condivise nella/e U.O. di riferimento) e dello stato di avanzamento del nuovo modello di presa in carico condivisa tra figure professionali (Creazione strumento cartaceo al 30-09-2021 ed applicazione sperimentale al 30-11-2021). | | | | | 25% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | si veda relazione Dott. Marinelli | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 7 | Area ricerca scientifica | Presentazione pubblicazioni con IFM | IFM | | 4 | 12,80 | 320% | 100% | 5% | | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 8 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 5% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| <i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE
 IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
 IL DIRETTORE GENERALE

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA
 IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE)

| R2901100 - SOC PNEUMOLOGIA RIABILITATIVA/CE NTRIO DI RICERCA PATOLOGIE TO | Responsabile : Dr. Colombo Direttore Dipartimento: Dr. Colombo | | | BUDGET 2021 | | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | | |
|--|---|----------------|---|---|---|---|-------------------|--|---|-------------------|---------------|--|--|--|------------------------|
| | SETTORE | PR DG R. | OGGETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI % | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE Cdr | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | | Riapertura reparto di riabilitazione respiratoria presso il Presidio di Casatenovo | Attivazione letti Pneumologia Riabilitativa | Numero ricoveri | Produzione DRG entro il 31.12.2021 | 125,00 | 100% | 100% | 15% | | nel 2021 sono stati prodotti 125 DRG | Obiettivo raggiunto, si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 2 | | Emergenza covid | Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza covid in coerenza con i provvedimenti regionali e aziendali emessi ad | Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria | Attivazione entro il 31.12.2021 | | | | 20% | 15% | | Obiettivo raggiunto, si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 3 | | Procedura Sorveglianza covid | Realizzazione procedura monitoraggio pazienti ricoverati mediante ripetuti tamponi antigenici | Stesura procedura e invio della stessa alla Direzione Sanitaria | Entro il 30/06/2021 | | | | 15% | | | Obiettivo raggiunto, si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 4 | | Aggiornamento Procedura Prevenzione e Gestione della caduta del paziente sanitario Raccomandazione 13 | Aggiornamento Procedura Raccomandazione 13 | Produzione Procedura aggiornata tramite gruppo di miglioramento tra DMPO, DPA, RSR Appignano, Riabilitazione FM, AN, CS, CT | vedi indicatore entro 31/10/2021 | | | | 15% | 5% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione inviata dalla dott.ssa Ferrara | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 5 | | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere | Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio | 1- Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. entro il 30/06/2021 2- Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di riferimento Applicazione mensile come da strumenti e metodi (Check list compilate) secondo semestre entro il 31/12/2021 | | | | | 25% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione Dott. Marinelli | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 6 | | Miglioramento dell'assistenza | migliorare il percorso di presa in carico assistenziale-riabilitativa | Definizione di uno strumento condiviso, tra diverse figure professionali, in grado di facilitare l'inquadramento dei bisogni assistenziali-riabilitativi per favorire la presa in carico pro-attiva e migliorare l'empowerment del paziente (pratica inclusiva) | 1- Definizione dello strumento (cartaceo), dei metodi di verifica (numero delle prese in carico condivise nella/e U.O. di riferimento) e dello stato di avanzamento del nuovo modello di presa in carico condivisa tra figure professionali (Creazione strumento cartaceo al 30-09-2021 ed applicazione sperimentale al 30-11-2021). | | | | | 25% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione Dott. Marinelli | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 7 | | Area ricerca scientifica | Presentazione pubblicazioni con IFM | IFM | | 4 | 10 | 250% | 100% | 5% | | Obiettivo raggiunto come attestazione della Direzione Scientifica | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 8 | | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 5% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto come attestazione della Direzione Scientifica | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | | | Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE
 IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
 IL DIRETTORE GENERALE

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA
 IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE)

| R2900100 - SOSD CARDIOLOGIA RIABILITATIVA CT | | Responsabile : Dr. Serra Direttore Dipartimento: dr. Colombo | | BUDGET 2021 | | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | |
|--|--|---|---|--|---|-------------------|--|---|----------------|-------------------|--|---|---|--------------------------|
| SETTORE | PROG. R. | OBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Miglior offerta utenza | n. esami | Reg. ECG dinamici | 415 registrazioni. | 550,00 | 100% | 100% | 15% | 10% | | Obiettivo raggiunto, come da documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 2 | Miglior offerta utenza | n. esami | Ecg + visite classe D | 100 prestazioni | 140 | 100% | 100% | 15% | 10% | | Obiettivo raggiunto, come da documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 3 | Mantenimento collaborazione | Consulenze a Merate | Accessi in base alle richieste della Pneumologia per acuti, finita l'emergenza Covid | vedi indicatore | | | | 10% | | | Obiettivo raggiunto, come da documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 4 | Corso emergenza-urgenze Cardiovascolari | corso teorico-pratico | Corso finalizzato alla gestione urgenze Cardiovascolari | almeno 1 edizione entro il 31/12/2021 | | | | 15% | | | Il corso non si è potuto realizzare causa infortunio del dirigente medico. Obiettivo non valutabile | Visto l'infortunio del Responsabile del Corso e la momentanea indisponibilità e tenuto conto della presenza di un unico dirigente medico nel servizio, si ritiene l'obiettivo non valutabile. | Obiettivo non valutabile |
| | 5 | Miglior offerta utenza | Attivazione ambulatorio registrazione ecg dinamico da 72 h | Attivazione ambulatorio | A partire da maggio 2021 | | | | 10% | 10% | | Obiettivo raggiunto, come da documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 6 | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere | Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio | 1- Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero, entro il 30/06/2021 2- Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di riferimento Applicazione mensile come da strumenti e metodi (Check list compilate) secondo semestre entro il 31/12/2021 | | | | | 40% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione dott. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 7 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 10% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| <i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE
 IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
 IL DIRETTORE GENERALE

| | |
|---|--|
| IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA | |
| IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE) | |

| 'R2602500 - SOSD LABORATORIO FARMACOEPIDEMOLOGIA GERIATRICA CS | | Responsabile : Dr. Carsonello Direttore Dipartimento: Dott.ssa Carlino | | BUDGET 2021 | | | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | |
|--|---------|--|---|---|--|-------------------|--|---|----------------|---------------|--|---|--|------------------------|
| SETTORE | PRO GR. | OBBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Economico-finanziario</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Produzione scientifica | Pubblicazioni su riviste con IF | Punteggio IFN | 40 | 90,40 | 226% | 100% | 20% | | | Obiettivo raggiunto, si veda attestazione della Direzione scientifica | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 2 | Produzione scientifica | Miglioramento della performance produttiva | Realizzazione seconda fase di incremento produzione scientifica POR Casatenovo (in collaborazione con UOC Pneumologia Casatenovo). Punteggio IFN Casatenovo | 10 | 22,40 | 224% | 100% | 20% | | | Obiettivo raggiunto, si veda attestazione della Direzione scientifica | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 3 | Ricerca Corrente | Coordinamento Linee di Ricerca | Partecipazione alla consuntivazione per la Ricerca Corrente anno 2020 e programmazione 2021 - Rete IRCCS invecchiamento | Presentazione reports - Presentazione programmazione | | | | 15% | | Documentazione obiettivo "Programmazione RC" presenta nella cartella obt trasversali | obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 4 | Supporto Direzione Scientifica | Supporto alla Direzione Scientifica su: corsi di formazione partecipazione a bandi competitivi rete irccs | partecipazione a gruppi di lavoro con relazione da inviare alla Direzione Scientifica | Entro il 31/12 | | | | 20% | | documentazione pervenuta in data 23/12/2021 | obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| <i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE _____
 IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO _____
 IL DIRETTORE GENERALE _____

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA _____
 IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE) _____

| R2601900 - SOC LABORATORIO ANALISI CS | | Responsabile : Dott. Pranno Direttore Dipartimento: dr.ssa Carlino | | | BUDGET 2021 | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | | |
|--|-------|--|---|--|---|-------------------|--|---|-------------------|---------------|--|---|--|------------------------|
| SETTORE | PROG. | OBBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Economico-finanziario</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Miglioramento assistenza | Implementazione di un nuovo screening per tutto il personale del Presidio tramite dosaggio quantitativo IgM e IgG per Covid-19 | Ripresa attività già svolta nel 2020 | A partire dal 31/07/2021 | | | | 10% | | documentazione inviata in data 22/11/2021 | obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 2 | Miglioramento assistenza | Analisi e presentazione di un progetto per l'effettuazione dell'identificazione antigenica virale | Presentazione del progetto | entro il 31/10/2021 | | | | 15% | | documentazione inviata in data 09/07/2021 | obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 3 | Emergenza Covid | Rispondenza di 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 | entro il 31/12/2021 | | | | 10% | 15% | documentazione inviata in data 27/12/2021 | obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 4 | Implementazione attività ambulatoriale per esterni | Ampliamento delle aperture verso l'esterno | Apertura per attività di prelievi anche fino alle h 13 | vedi indicatore | | | | 15% | 15% | documentazione pervenuta in data 26/10/2021 | obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 5 | Appropriatezza descrittiva | Analisi delle richieste interne e presentazione proposta di nuova routine esami | Presentazione delle nuove routine | entro 30/09/2021 | | | | 15% | | documentazione pervenuta in data 25/10/2021 | obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 6 | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere | Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio | 1- Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. entro il 30/06/2021 2- Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di riferimento Applicazione mensile come da strumenti e metodi (Check list compilate) secondo semestre entro il 31/12/2021 | | | | | 40% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | si veda relazione Dott. Marinelli | si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 7 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 10,0% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | obiettivo raggiunto. Si veda attestazione della Direzione Scientifica | si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| <i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE _____
 IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO _____
 IL DIRETTORE GENERALE _____

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA _____
 IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE) _____

| R2600500 - SOC GERIATRIA CS | | Responsabile : Dr. Carsonello Direttore Dipartimento: dr.ssa Carlino | | | BUDGET 2021 | | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | |
|--|---------|--|---|---|---|-------------------|--|---|----------------|---------------|--|--|--|------------------------|
| SETTORE | PROG R. | OBBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Percorso paziente covid | Gestione del paziente covid attraverso trattamento e riabilitazione | Relazione sull'attività svolta | Invio della relazione alla DMPO e approvazione da parte di quest'ultima | | | | 10% | 15% | documentazione pervenuta in data 24/12/2021 | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 2 | Assistenza | Gestione pazienti in ventilazione non invasiva | Corso di formazione su insufficienza respiratoria e trattamento di ventilazione non invasiva per dirigenti medici e personale del comparto (6 gruppi) | Completamento della formazione entro 31/12/2021 | | | | 5% | | documentazione pervenuta in data 24/12/2021 | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 3 | Aggiornamento Procedura d'Istituto Gestione Farmaci (contenente già raccomandazione 1, 7, 10, 12) e aggiunta delle raccomandazioni 17/18/19 (che utilizzeranno per implementazioni il SIS) | Aggiornamento del documento ed inserimento indicazioni aggiornando la Racc. 19/18/17 anche attraverso operatività del SIS | Produzione Documento aggiornato tramite gruppo di miglioramento con FARMACIA, CMI, Geratria Ancona, Fermo e Cosenza, Medicina Osimo, Pneumologia Casatenovo, Nutrizione Clinica (per la sola Racc. 19), Odontoiatria (per la sola raccomandazione 10) | vedi indicatore entro 31/10/2021 | | | | 10% | 10% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione inviata dalla dr.ssa Ferrara | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 4 | Appropriatezza prescrittiva | Modifica delle prescrizioni di laboratorio secondo le nuove routine proposte dal Laboratorio di analisi | Riduzione esami medi per paziente | Riduzione versus IV Trimestre 2021 e IV Trimestre 2019 | -6% | 100% | 100% | 10% | | 2019 = 33.971/2.259 = 15,01 2021 = 14.573/990 = 14,07 | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 5 | Progetto di ridefinizione delle attività del Presidio | Rafforzamento relazioni e reti con strutture sanitarie del territorio | Presentazione di un progetto con indicazione dei criteri di eleggibilità dei pazienti da ricoverare nel presidio e avvio delle relazioni con le strutture sanitarie del territorio | Presentazione del Progetto alla Direzione entro 31.12.2021 e avvio delle relazioni con il territorio | | | | 20% | | documentazione pervenuta in data 24/12/2021 | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 6 | miglioramento modelli assistenziali | Partecipazione all'attivazione del PDTA sulla palliazione geriatrica all'interno delle UUOO di degenza esistenti | Partecipazione all'attivazione del percorso | vedi indicatore entro 31/10/2021 | | | | 10% | | Documentazione pervenuta in data 29/10/2021 | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 7 | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere | Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio | 1- Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. entro il 30/06/2021 2- Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di riferimento Applicazione mensile come da strumenti e metodi (Check list compilate) secondo semestre entro il 31/12/2021 | | | | 20% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | si veda relazione dott. Marinelli | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 8 | Miglioramento dell'assistenza | migliorare il percorso di presa in carico assistenziale-riabilitativa | Definizione di uno strumento condiviso, tra diverse figure professionali, in grado di facilitare l'inquadramento dei bisogni assistenziali-riabilitativi per favorire la presa in carico pro-attiva e migliorare l'empowerment del paziente (pratica inclusiva) | 1- Definizione dello strumento (cartaceo), dei metodi di verifica (numero delle prese in carico condivise nella/e U.O. di riferimento) e dello stato di avanzamento del nuovo modello di presa in carico condivisa tra figure professionali (Creazione strumento cartaceo al 30-09-2021 ed applicazione sperimentale al 30-11-2021) | | | | 20% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | si veda relazione dott. Marinelli | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 9 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 - Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 5% | 5% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 10 | Produzione scientifica | Publicazione su riviste con IF | IFN | 15 | 29,70 | 198% | 100% | 5% | | | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| <i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE
 IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
 IL DIRETTORE GENERALE

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA

IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE)

| 'R2600700 - SOSD RIABILITAZIONE INTENSIVA CS | | Responsabile : Dr. Pranno Direttore Dipartimento: dr. Carfino | | | BUDGET 2021 | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | |
|--|--|---|---|---|--|-------------------|--|---|----------------|-------------------|--|--|--|------------------------|
| SETTORE | PRO GR. | OBBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Trattamento ferite chirurgiche | monitoraggio e trattamento delle ferite chirurgiche | elaborazione procedura operativa per il trattamento e monitoraggio delle ferite chirurgiche, realizzazione incontro formativo in merito | Elaborazione procedura con inserimento nella cartella infermieristica entro il 31/12 Incontro formativo verbalizzato entro il 31/12/2021 | | | | 10% | | documentazione inviata in data 22/12/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 2 | Aggiornamento Procedura Prevenzione e Gestione della caduta del paziente sanitario Raccomandazione 13 | Aggiornamento Procedura Raccomandazione 13 | Produzione Procedura aggiornata tramite gruppo di miglioramento tra DMPO, DPA, RSR Appignano, Riabilitazione FM, AN, CS, CT | vedi indicatore entro 31/10/2021 | | | | 10% | 10% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione inviata dal dr.ssa Ferrara | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 3 | lesioni da pressione | Formazione personale di assistenza per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione | Progettazione corso di formazione accreditato ECM rivolto al personale medico e del comparto del presidio da accreditare e realizzare nel 2022, come da indicazioni del Direttore Sanitario d'Istituto | Entro il 31/12/2021 | | | | 10% | 10% | documentazione inviata in data 07/12/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 4 | Appropriatezza prescrittiva | Modifica delle prescrizioni di laboratorio secondo le nuove routine proposte dal Laboratorio di analisi | Riduzione esami medi per paziente | Riduzione versus IV Trimestre 2021 e IV Trimestre 2019 se modificata la routine | -46% | 100% | 100% | 10% | | 2019 = 3.879/982 = 3,95 2021 = 2.308/1.078 = 2,14 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 5 | Progetto di ridefinizione delle attività del Presidio | Rafforzamento relazioni e reti con strutture sanitarie del territorio | Presentazione di un progetto con indicazione dei criteri di eleggibilità dei pazienti da ricoverare nel presidio e avvio delle relazioni con le strutture sanitarie del territorio | Presentazione del Progetto alla Direzione entro 31.12.2021 e avvio delle relazioni con il territorio | | | | 25% | | documentazione inviata in data 27/12/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 6 | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare il percorso di presa in carico assistenziale-riabilitativa | Definizione di uno strumento condiviso, tra diverse figure professionali, in grado di facilitare l'inquadramento dei bisogni assistenziali-riabilitativi per favorire la presa in carico pro-attiva e migliorare l'empowerment del paziente (pratica inclusiva) | 1) Definizione dello strumento (cartaceo), dei metodi di verifica (numero delle prese in carico condivise nella/e U.O. di riferimento) e dello stato di avanzamento del nuovo modello di presa in carico condivisa tra figure professionali (Creazione strumento cartaceo al 30-09-2021 ed applicazione sperimentale al 30-11-2021) | | | | | 25% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | si veda relazione Dott. Marinelli | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 7 | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere | Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio | 1- Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero, entro il 30/06/2021 2- Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di riferimento Applicazione mensile come da strumenti e metodi (Check list complete) secondo semestre entro il 31/12/2021 | | | | | 25% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | si veda relazione Dott. Marinelli | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 8 | Attività a progetto | Capitolato gara per acquisizione attrezzature progetto in conto capitale Rehabat | Redazione capitolato e invio all'UO ABSL | Entro il 31/12/2021 | | | | 5% | | documentazione inviata in data 16/12/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 9 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 5% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | | | | | |

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA
IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA IN VISIONE)

| 'R2601800 - SOC ANESTESIA E TERAPIA DEL DOLORE / CENTRO RICERCA GESTIONE | | Responsabile : Dr. Scarpelli Direttore Dipartimento: dr. Carlino | | BUDGET 2021 | | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | |
|--|---------|--|---|--|---|-------------------|------------------------------|---------------------------------|----------------|-------------------|--|---|---|-------------------------|
| SETTORE | PROG R. | OBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGI MENTO | % LIVELLO DI RAGGIUNGI MENTO AT | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | miglioramento modelli assistenziali | attivazione del PDTA sulla palliazione geriatrica all'interno delle UUOO di degenza esistenti | Attivazione del percorso | vedi indicatore entro 31/10/2021 | | | | 25% | 20% | Documentazione pervenuta in data 29/10/2021 | Obiettivo raggiunto, si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 2 | miglioramento modelli assistenziali | Realizzazione attività propedeutiche per l'attivazione del PDTA sulla palliazione geriatrica a favore del territorio di riferimento | Realizzazione incontri propedeutici con medicina territoriale | vedi indicatore entro il 31/12/2021 | | | | 25% | | | si veda documentazione allegata | Vista la relazione presentata, si ritiene l'obiettivo non raggiunto | Obiettivo non raggiunto |
| | 3 | organizzazione | emergenza COVID | campagna vaccinale | completamento campagna vaccinale degli operatori interni ed afferenti monitoraggio sierologico nei 6 mesi successivi | | | | 15% | | | Obiettivo raggiunto, si veda attestazione della DMPO allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 4 | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere | Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio | 1- Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. entro il 30/06/2021 2- Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di riferimento Applicazione mensile come da strumenti e metodi (Check list compilate) secondo semestre entro il 31/12/2021 | | | | | 50% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda Relazione del Dott. Marinelli | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 10% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| <i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i> | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE

IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE GENERALE

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA

IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE)

| 'R2602100 - SOC RADIOLOGIA CS | | Responsabile : Dr. Carlino Direttore Dipartimento: dr.ssa Carlino | | BUDGET 2021 | | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | |
|---|---------|--|---|--|---|---|----------------------------------|-------------------------------------|----------------|-------------------|---|--|--|-------------------------|
| SETTORE | PROG R. | OBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGI- MENTO | % LIVELLO DI RAGGIUNGI- MENTO AL | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° Istanza | VALUTAZIONE 2° Istanza |
| Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità) | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Miglioramento qualità ed appropriatezza delle prestazioni. | Tempestività risposta prestazioni | Prestazioni interne RX erogate e referatate entro 24-48 ore e prestazioni Tac interne erogate e referatate entro 48-72 ore | Verifica a campione da parte della DMPO | | | | 10% | | Si veda attestazione del responsabile DMPO | Obiettivo raggiunto, si veda attestazione della DMPO | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 2 | Attività di formazione | Organizzazione seminario interno su: "Casi clinici: Evidenza Tc di esiti polmonari post-infezione da Covid -19" | Seminario interno | Partecipazione del 80% dei dirigenti medici da realizzare entro novembre 2021 | 83% | 100% | 100% | 10% | | 10 medici presenti su 12 del presidio | Obiettivo raggiunto, si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 3 | Miglioramento efficienza prestazioni interne | Esecuzione dell'esame di controllo 24 H prima della dimissione programmata per i pz dell'UOSD Riabilitazione intensiva | Realizzazione esami richiesti da UOSD Riabilitazione | Vedi indicatore confermato da Responsabile Uosd Riabilitazione | | | | 10% | 20% | Si veda attestazione del responsabile UO Riabilitazione | Obiettivo raggiunto come attestazione responsabile UO Riabilitazione | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 4 | Progetto di riorganizzazione del Presidio | Rafforzamento dell'offerta sanitaria a favore del territorio | Incremento degli slot degli esami con Tac e Ecografo in presenza attiva dei 2 dirigenti medici | Confronto tra III e IV Trimestre 2021 rispetto al I trimestre 2021 | III TRIM vs I TRIM: -59,3% IV TRIM VS I TRIM: -59,1% | 0,00 | 0,00 | 35% | | Nel I Trimestre sono state eseguite 558 prestazioni di TAC ed Ecografie, mentre nel III e IV Trimestre sono state eseguite rispettivamente 311 e 330 prestazioni con la presenza costante di 2 dirigenti medici | Si veda documentazione allegata | Tenuto conto del numero di prestazioni effettuate e in considerazione della mancata richiesta di revisione dell'obiettivo, si ritiene lo stesso non raggiunto. | Obiettivo non raggiunto |
| | 5 | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere | Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio | 1- Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero. entro il 30/06/2021 2- Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di riferimento Applicazione mensile come da strumenti e metodi (Check list compilate) secondo semestre entro il 31/12/2021 | | | | | 50% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | si veda relazione Dott. Marinelli | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| Prospettiva dell'utenza e stakeholder | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 10% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE _____
 IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO _____
 IL DIRETTORE GENERALE _____

IL VALUTATORE DI 1° Istanza _____
 IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE) _____

| R3620800 - SOSD PERCORSI CLINICI INTEGR DERMATOLOG CON AV E TERRIT. FM | | Responsabile : Dr. Morresi Direttore Dipartimento: dr. Postacchini | | BUDGET 2021 | | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | |
|--|--|---|---|--|-------------------|--|---|----------------|---------------|--|---|----------------------------------|------------------------|
| SETTORE | OBBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | |
| | Percorso Mici | Slot dedicati per pazienti affetti da MICI nell'ambito della IBD unit | Slot settimanali per pz affetti da MICI | 30 settembre 2021; 2 slot settimanali disponibili | 2 | 100% | 100% | 20% | 10% | | Obiettivo raggiunto come da attestazione DAPO | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | Percorso Psoriasi | Condivisione percorso presa in carico paziente con Psoriasi con UOC di Ancona; Slot dedicati per pazienti affetti da Psoriasi | Presentazione progetto; Slot settimanali per presa in carico pazienti Psoriasi | 30 settembre 2021; 2 slot settimanali disponibili | 2 | 100% | 100% | 20% | | | Obiettivo raggiunto come da attestazione DAPO | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | Riduzione liste d'attesa | Slot aggiuntivi per mantenimento attività in epoca Covid | 6 Slot aggiuntivi settimanali per visite ambulatoriali | vedi indicatore | 15 | 250% | 100% | 25% | 20% | | Obiettivo raggiunto come da attestazione DAPO | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere | Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio | 1- Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero, entro il 30/06/2021 2- Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di riferimento Applicazione mensile come da strumenti e metodi (Check list compilate) secondo semestre entro il 31/12/2021 | | | | | 40% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | si veda relazione Dott. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | |
| | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | | 10% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| <i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i> | | | | | | | | | | | | | |
| | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE _____
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO _____
IL DIRETTORE GENERALE _____

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA _____
IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE) _____

| 'R3620100 - SOSD CARDIOLOGIA RIABILITATIVA FM | | Responsabile : Dr. Marini Direttore Dipartimento: dr. Postacchini | | BUDGET 2021 | | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | |
|--|--|--|---|--|---|--------------------|--|---|----------------|-------------------|--|---|--|-------------------------|
| SETTORE | PROG. R. | OBBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTI VO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Miglioramento dell'offerta | Riorganizzazione attività ambulatoriale | Presentazione proposta di riorganizzazione Avvio delle attività | Proposta entro 30/07 Avvio della nuova organizzazione 1 ottobre | | | | | 20% | Documentazione pervenuta in data 27/07/2021 | Si veda documentazione allegata | Dopo aver preso visione della documentazione, si considera l'obiettivo non raggiunto | obiettivo non raggiunto |
| | 2 | Emergenza Covid | Rispondenza di 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 | entro il 31/12/2021 | | | | | 25% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto come da attestazione DMPO | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 3 | Governo dei tempi di attesa | Aumento del numero degli slot relativi alla presa in carico | vedi azione | Aumento del 20% degli slot rispetto al 2019 a partire dal mese di giugno 2021 per il periodo | 66% | 100% | 100% | 20% | | Giugno 2019 = 7 slot di presa in carico Giugno 2021 e fino al 6 agosto = 8 slot di presa in carico Da 23 agosto e fino alla fine del 2021 = 13 slot di presa in carico | Obiettivo raggiunto come attestazione DAPO | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 4 | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere | Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio | 1- Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero, entro il 30/06/2021 2- Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di riferimento Applicazione mensile come da strumenti e metodi (Check list compilate) secondo semestre entro il 31/12/2021 | | | | | 20% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | si veda relazione Dott. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 5 | Miglioramento Organizzativo | Garantire l'integrazione operativa delle risorse umane del comparto tra aree omogenee del P.O. di Ancona Osimo, o dipartimentali di FE - CTN- CS | Presentazione di un progetto di fattibilità di integrazione avvio del progetto entro 30 Settembre | avvio e sperimentazione del progetto da Ottobre a Dicembre N. Turni /Prestazioni integrate | | | | | 25% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | si veda relazione Dott. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 6 | Miglioramento dell'assistenza | migliorare il percorso di presa in carico assistenziale-riabilitativa | Definizione di uno strumento condiviso, tra diverse figure professionali, in grado di facilitare l'inquadramento dei bisogni assistenziali-riabilitativi per favorire la presa in carico proattiva e migliorare l'empowerment del paziente (pratica inclusiva) | 1- Definizione dello strumento (cartaceo), dei metodi di verifica (numero delle prese in carico condivise nella/e U.O. di riferimento) e dello stato di avanzamento del nuovo modello di presa in carico condivisa tra figure professionali (Creazione strumento cartaceo al 30-09-2021 ed applicazione sperimentale al 30-11-2021). | | | | | 25% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | si veda relazione Dott. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 7 | Area Irccs | Raggiungimento numerosità del simple size prevista dal protocollo | N° pazienti arruolati nello studio | N° pazienti arruolati nello studio | 37,00 | 137% | 100% | 5% | | | Obiettivo raggiunto si veda documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 8 | Produzione scientifica | Pubblicazione su riviste con IF | IFM | | 2 | 0 | 0% | 0% | 2,5% | | Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo non raggiunto | obiettivo non raggiunto |
| | 9 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alla organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | | 2,5% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | 25% | 30% | | | |

IL RESPONSABILE _____
 IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO _____
 IL DIRETTORE GENERALE _____

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA _____

IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE) _____

| W3620500 - SOC GERIATRIA FM | Responsabile : Dr. Postacchini Direttore Dipartimento: dr. Postacchini | | | BUDGET 2021 | | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | | |
|--|---|--|---|---|------------|--|-------------------|--|---|-------------------|---------------|--|--|--|-------------------------|
| | SETTORE | PROGR. | OBBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CDR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Dimissioni protette | Aumento attività assistenziali per appropriatezza richiesta dimissioni protette | Richiesta e compilazione SIRTE | | Report attività con coinvolgimento del 100% dei medici | | | | 10,0% | | | Obiettivo raggiunto come da attestazione DMPO | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 2 | Aggiornamento Procedura d'Istituto Gestione Farmaci (contenente già raccomandazione 1, 7, 10, 12) e aggiunta delle raccomandazione 17/18/19 (che utilizzeranno per implementazioni il SIS) | Aggiornamento del documento ed inserimento indicazioni aggiungendo la Racc. 19/18/17 anche attraverso operatività del SIS | Produzione Documento aggiornato tramite gruppo di miglioramento con FARMACIA, CMI, Geriatria Ancona, Fermo e Cosenza, Medicina Osimo, Pneumologia Casatenovo, Nutrizione Clinica (per la sola Racc. 19), Odontoiatria (per la sola raccomandazione 10) | | vedi indicatore entro 31/10/2021 | | | | 10,0% | 10% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione inviata dalla dr.ssa Ferrara | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 3 | Aggiornamento Procedura per Raccomandazione 5 Trasfusionale | Aggiornamento Procedura 5 | Produzione Documento aggiornato tramite gruppo di miglioramento con UO Medicina Osimo, UO Geriatria Fermo, UO Anestesia Ancona, Uo Nefrologia | | vedi indicatore entro 31/10/2021 | | | | 10,0% | 10% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione inviata dalla dr.ssa Ferrara | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 4 | liste di attesa ambulatoriali | recupero esami ecocolor Doppler vascolari periodo sospesi periodo covid 2020 | recupero giornate ambulatoriali sospese | | 100% numero giornate recuperate | 100% | 100% | 100% | 5,0% | | | Obiettivo raggiunto come da attestazione DMPO | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 5 | Emergenza Covid | Rispondenza di 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 | | entro il 31/12/2021 | | | | 10% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto come da attestazione DMPO | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 6 | Implementazione ambulatorio colloqui psicologici clinici e psicoterapia | Aumento numero pazienti | Aumento dei pazienti esaminati rispetto all'anno 2019 (nell'anno 2020 causa covid sospensione ambulatorio) | | > 2019 | 100 | 128% | 100% | 10% | | Colloqui 2019 78 Colloqui 2021 100 | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 7 | Implementazione ambulatorio endocrinologico | Aumento numero pazienti | Aumento dei pazienti esaminati rispetto all'anno 2019 (nell'anno 2020 causa covid sospensione ambulatorio) | | > 2019 | 188 | 167% | 100% | 10% | | sono state effettuate nel 2019 112 mentre nel 2021 188 | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 8 | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere | Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio | | 1- Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero, entro il 30/06/2021 2- Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di riferimento Applicazione mensile come da strumenti e metodi (Check list complete) secondo semestre entro il 31/12/2021 | | | | | 15% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione dott. Marinelli | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 9 | Miglioramento Organizzativo | Garantire l'integrazione operativa delle risorse umane del comparto tra aree omogenee del P.O. di Ancona Osimo, o dipartimentali di FE - CTN- CS | Presentazione di un progetto di fattibilità di integrazione avvio del progetto entro 30 Settembre | | avvio e sperimentazione del progetto da Ottobre a Dicembre N. Turni /Prestazioni integrate | | | | | 15% | | Si veda relazione dott. Marinelli | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 10 | Miglioramento dell'assistenza | migliorare il percorso di presa in carico assistenziale-riabilitativa | Definizione di uno strumento condiviso, tra diverse figure professionali, in grado di facilitare l'inquadramento dei bisogni assistenziali-riabilitativi per favorire la presa in carico pro-attiva e migliorare l'empowerment del paziente (pratica inclusiva) | | 1- Definizione dello strumento (cartaceo), dei metodi di verifica (numero delle prese in carico condivise nella/e U.O. di riferimento) e dello stato di avanzamento del nuovo modello di presa in carico condivisa tra figure professionali Creazione strumento cartaceo al 30-09-2021 ed applicazione sperimentale al 30-11-2021. | | | | | 20% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione dott. Marinelli | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 11 | Produzione scientifica | Pubblicazione su riviste con IF | IFM | | 6 | 0 | 0% | 0% | 5,0% | | | Si veda l'attestazione della Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo non raggiunto | obiettivo non raggiunto |
| | 12 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | | Report sull'attività svolta | | | | 5,0% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| <i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE _____
 IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO _____
 IL DIRETTORE GENERALE _____

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA _____
 IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE) _____

| R3620700 - SOC RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE FM | | Responsabile - Dr. Scandoni Direttore Dipartimento: dr. Postacchini | | | BUDGET 2021 | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | |
|--|---------|--|---|---|---|-------------------|--|---|----------------|-------------------|--|---|--|----------------------------------|
| SETTORE | PROG R. | OBBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE Cdr | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Creazione di un percorso riabilitativo per pazienti post covid | Individuazione di un Team multidisciplinare ad hoc (comprensivo della Pneumologia di Osimo) per attivazione del servizio in teleriabilitazione | Individuazione team multiprofessionale e presentazione documento sul percorso da realizzare Attivazione del servizio | Presentazione documento entro 30/09/2021 attivazione del servizio entro il 1 ottobre 2021 | | | | 15% | | documentazione inviata in data 12/11/2021 | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Vista la documentazione inviata dal Responsabile e tenuto conto che le attività si sono avviate lo scorso ottobre, si ritiene l'obiettivo raggiunto. | obiettivo raggiunto |
| | 2 | Riabilitazione Robotica per pazienti fragili con malattie neurodegenerative e osteoporosi | Individuare un Team Riabilitativo per la presa in carico dei pazienti fragili per malattie neurodegenerative e/o osteoporosi | n. 2 Riunioni di Team e attivazione del servizio | Riunioni entro il 31 luglio 2021 attivazione del servizio entro ottobre 2021 | 2 | 100% | 100% | 20% | | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Vista la documentazione inviata dal Responsabile e tenuto conto che le attività si sono avviate lo scorso ottobre, si ritiene l'obiettivo raggiunto. | obiettivo raggiunto |
| | 3 | Fracture Liason Service: costruzione di una rete per la presa in carico dei pazienti con fratture da fragilità | Individuare un Team multidisciplinare e multiprofessionale anche in collaborazione con l'ortopedia dell'Area Vasta 4 | Almeno tre riunioni di team entro ottobre 2021 | Completa stesura del progetto e avvio entro dicembre 2021 | | | | 15% | | documentazione inviata in data 12/11/2021 | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 4 | Aggiornamento Procedura Prevenzione e Gestione della caduta del paziente sanitario Raccomandazione 13 | Aggiornamento Procedura Raccomandazione 13 | Produzione Procedura aggiornata tramite gruppo di miglioramento tra DMPO, DPA, RSR Appignano, Riabilitazione FM, AN, CS, CT | vedi indicatore entro 31/10/2021 | | | | 15% | 15% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione inviata dal dr.ssa Ferrara | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 5 | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere | Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio | 1- Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero, entro il 30/06/2021 2- Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di riferimento Applicazione mensile come da strumenti e metodi (Check list compilate) secondo semestre entro il 31/12/2021 | | | | 20% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione dott. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 6 | Miglioramento Organizzativo | Garantire l'integrazione operativa delle risorse umane del comparto tra aree omogenee del P.O. di Ancona Osimo, o dipartimentali di FE - CTN- CS | Presentazione di un progetto di fattibilità di integrazione avvio del progetto entro 30 Settembre | avvio e sperimentazione del progetto da Ottobre a Dicembre N. Turni /Prestazioni integrate | | | | 20% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione dott. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 7 | Miglioramento dell'assistenza | migliorare il percorso di presa in carico assistenziale-riabilitativa | Definizione di uno strumento condiviso, tra diverse figure professionali, in grado di facilitare l'inquadramento dei bisogni assistenziali-riabilitativi per favorire la presa in carico pro-attiva e migliorare l'empowerment del paziente (pratica inclusiva) | 1- Definizione dello strumento (cartaceo), dei metodi di verifica (numero delle prese in carico condivise nella/e U.O. di riferimento) e dello stato di avanzamento del nuovo modello di presa in carico condivisa tra figure professionali (Creazione strumento cartaceo al 30-09-2021 ed applicazione sperimentale al 30-11-2021). | | | | 15% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione dott. Marinelli | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 8 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 5% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 9 | Produzione scientifica | Pubblicazione su riviste con IF | IFM | | 4 | 2,80 | 70% | 5% | | | Obiettivo parzialmente raggiunto si veda documentazione della Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo parzialmente raggiunto al 70% | obiettivo parzialmente raggiunto |
| <i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE _____
 IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO _____
 IL DIRETTORE GENERALE _____

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA _____
 IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE) _____

| DIRIGENZA PROFESSIONI della RIABILITAZIONE | | Responsabile: Dr. Nicolai | | SCHEDA DI BUDGET 2021 | | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | |
|--|------------|---|--|--|---|----------------------|--|---|-------------------|-------------------|--|---|--|---------------------------|
| SETTORE | PROG R. | OBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIME NTO OBIETTIVI AL TERMINE | % LIVELLO DI RAGGIUNGIME NTO AI FINI DEL CIEFEMA | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Omogeneizzazione Procedura dei neoassunti | Revisione delle diverse procedure esistenti e definizione di una procedura omogenea per | Presentazione procedura revisionata e unificata | entro 30/09/2021 | | | | 15% | | documentazione ricevuta in data 15/09/2021 | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 2 | Valorizzazione del fabbisogno "riabilitativo" complessivo dei pazienti ricoverati, per classi di priorità e complessità (Diabetologia, Nefrologia, Cardiologia, Neurologia, Chirurgia, Radiologia, Geriatria) | Elaborazione progetto interdisciplinare con la UO Medicina Riabilitativa | Stesura del progetto Avvio delle attività secondo la nuova modalità organizzativa | Entro il 31/07/2021 Avvio delle attività entro settembre 2021. Messa a regime entro 31 dicembre 2021 | | | | 15% | | documentazione ricevuta in data 29/07/2021 | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 3 | Partecipazione all'organizzazione delle attività di vaccinazione Inrca | Coordinamento sul campo delle attività di vaccinazioni COVID-19 secondo le linee di volta in volta attivate e in seguito alle richieste e indicazioni regionali | Relazioni finale sul totale delle vaccinazioni effettuate secondo richieste regionali | vedi indicatore | | | | 15% | | documentazione ricevuta in data 21/12/2021 | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 4 | Integrazione personale PO Osimo e POR Ancona | Progetto di integrazione e presa in carico riabilitativa dei pazienti ricoverati presso il PO Osimo. Sviluppo di un sistema e "modalità" di supporto a distanza delle componenti di Casatenovo e Cosenza, in relazione e sinergia con la Dirigenza | Presentazione progetto Sperimentazione del progetto | Presentazione entro il 30/09/2021 Avvio delle attività a partire da ottobre 2021 | | | | 20% | | Progetto presentato in data 08/09/2021 | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| <i>Processi esterni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 10% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| <i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | 25% | | | | | |

IL RESPONSABILE

IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE GENERALE

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA

IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE)

| DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE | | SCHEDA DI BUDGET 2021 | | | | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | |
|--|---------|--|--|--|--|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------|-------------------|--|--|---|--------------------------|
| | | Responsabile: Dr. Marinelli | | | | | | | | | | | | |
| SETTORE | PRO GR. | OBBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Economico-finanziario</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Riattivazione Riabilitazione INRCA Casatenovo | Avvio delle procedure di espletamento del concorso per le sedi INRCA Casatenovo | procedure concorsuali avviate espletate | prova scritta, prova pratica e colloquio espletata entro 31/5/2021 Attivazione entro 01/09/2021 | | | | 20% | | documentazione pervenuta in data 30/08/2021 | Obiettivo raggiunto, come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 2 | Espletamento attribuzione incarichi di funzioni organizzative | Presentazione assetto organizzativo e incarichi INRCA Marche in piena coerenza con Atto Aziendale; valorizzazione funzione | Definizione Fabbisogno Sistema di pesatura Espletamento selezioni | Selezioni espletate entro 30/09/2021 | | | | 15% | 20% | documentazione inviata in data 21/09/2021 si veda RISUM 445/2021 | sono state avviate tutte attività propedeutiche all'espletamento delle selezioni, tuttavia visto che non sono stati definiti il sistema di pesatura e il relativo fondo, questo obiettivo non è valutabile. Si veda la relazione allegata. | Tenuto conto che le selezioni non si sono potute espletare per causa non imputabile al dr. Marinelli, si ritiene l'obiettivo non valutabile | obiettivo non valutabile |
| | 3 | Garantire la gestione degli assetti Organizzativi intra ed extra pandemia Covid 19 | Definizione e assegnazione risorse modulate sulla base della evoluzione delle esigenze intra ed extra Pandemiche e nelle compatibilità assegnate ed obiettivi sostenibili per l'Istituto | Attivazione e riorganizzazione delle UU.OO. Interessate | Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria entro il 30/09/2021 | | | | 15% | | | Obiettivo raggiunto, come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 4 | Supporto all'organizzazione attività di vaccinazione Inrca | Supporto all'organizzazione vaccinazioni COVID-19 secondo le linee di volta in volta attivate e in seguito alle richieste e indicazioni regionali | Relazioni finale sul totale delle vaccinazioni effettuate secondo richieste regionali | vedi indicatore | | | | 10% | 20% | | Obiettivo raggiunto, come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 5 | Certificazione aziendale | Supporto alle attività propedeutiche al raggiungimento della certificazione | Raggiungimento certificazione | vedi indicatore | | | | 10% | 30% | | Obiettivo raggiunto, come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| <i>Processi esterni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 5% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| <i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | | | | | | |

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA
IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE)

| DIRIGENZA PROFESSIONI TECNICHE | | SCHEDA DI BUDGET 2021 | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | | | | |
|--|----------|--|---|---|--|-------------------|--|---|----------------|---------------|--|---|--|------------------------|
| | | Responsabile: Dr. Sica | | | | | | | | | | | | |
| SETTORE | PROG. R. | OGGETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Espletamento concorso INRCA per Collaboratore Area tecnica | Avvio delle procedure di espletamento del concorso per le sedi INRCA Casatenovo | procedure concorsuali avviate espletate | prova scritta, prova pratica e colloquio espletata entro 31/12/2021 | | | | 15% | | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 2 | Garantire l'espletamento della "PROCEDURA APERTA TELEMATICA PER AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI SOMMINISTRAZIONE DI LAVORO PER IL PERSONALE" | Funzioni di presidenza della commissione aggiudicatrice | Espletamento delle attività della commissione | entro il 31/07/2021 | | | | 10% | | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 3 | Partecipazione all'organizzazione delle attività di vaccinazione Inrca | Coordinamento sul campo delle attività di vaccinazioni COVID-19 secondo le linee di volta in volta attivate e in seguito alle richieste e indicazioni regionali | Relazioni finale sul totale delle vaccinazioni effettuate secondo richieste regionali | vedi indicatore | | | | 20% | | documentazione pervenuta in data 21/12/2021 | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 4 | Integrazione | Progetto di integrazione tecnici laboratorio Osimo Ancona; sviluppo ed armonizzazione del sistema delle abilità e competenze di gruppo, in un modello unico dell'Istituto, in relazione anche afferenze e responsabilità della Dirigenza. Sviluppo di un sistema e "modalità" di supporto a distanza delle componenti di Casatenovo e Cosenza, in relazione e sinergia con la Dirigenza | Presentazione progetto Avvio delle attività | Presentazione entro il 30/11/2021 Avvio delle attività entro la fine del 2021 | | | | 15% | | documentazione pervenuta in data 30/11/2021 | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 5 | Risposta all'emergenza pandemica | Riorganizzazione attività tecnici di laboratorio nella filiera della diagnostica Covid | Presentazione progetto Sperimentazione del progetto | Presentazione entro il 30/06/2021 Avvio delle attività a partire da luglio 2021 | | | | 10% | | documentazione pervenuta in data 30/06/2021 | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| <i>Processi esterni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 5% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| <i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | 25% | | | | |

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA
IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE)

| SETTORE | OBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE Cdr | VALUTAZIONE 1° Istanza | VALUTAZIONE 2° Istanza |
|---|--|---|--|--|-------------------|--|---|----------------|---------------|--|---|--|------------------------|
| | | | | | | | | | | | | | |
| Economico-finanziario | | | | | | | | | | | | | |
| Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità) | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Revisione richiesta rilascio copia cartella clinica | Ridefinizione procedura tempi e costi della cartella clinica | Stesura procedura in collaborazione con la DAPO | Procedura entro il 31.12.2021 | | | | 15% | 20% | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| 2 | Apertura di almeno due ambulatori Il livello presso Presidio Ospedaliero Ospedale Mandic di Merate | Definizione calendari | Attivazione agende dedicate | Attivazione entro il 31.12.2021 | | | | 15% | | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| 3 | Emergenza covid | Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza sanitaria covid in coerenza con i provvedimenti regionali e aziendali emessi ad hoc | Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria | Attivazione entro il 31.12.2021 | | | | 20% | 20% | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| 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 | Esecuzione di verifiche ispettive interne nei punti di stoccaggio e detenzione identificati | Verbale di certificazione della corretta conservazione degli elettroliti concentrati e dei farmaci a temperatura controllata e tenuta sotto controllo delle temperature dei frigoriferi dedicati | | | | 15% | 30% | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| tiva dell'utenza e stakeholder | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 10% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi | | | | | | | | | | | | | |
| Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE _____
 IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO _____
 IL DIRETTORE GENERALE _____

IL VALUTATORE DI 1° Istanza

IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE)

| R2601500 - SOC DIREZIONE MEDICA PRESIDIO CS | | Responsabile : Dr. Pranno | | BUDGET 2021 | | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | |
|--|-----------|---|--|--|---|-------------------|--------------------------------|--|-------------------|-------------------|--|---|--|---------------------------|
| SETTORE | PRO PR | OBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AL FINI | PESO DIRIGENZA | PESO COMPART | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE Cdr | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Economico-finanziario</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Gestione Reclami | Attività di monitoraggio e gestione dei reclami | Report semestrali su reclami e gestione degli stessi | Presentazione di due report semestrali | | | | 10% | 10% | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 2 | Flusso SDO | Monitoraggio corretta codifica DRG nella SDO per evitare segnalazione errori da parte della Regione Calabria | Report semestrale su attività di monitoraggio del Flusso SDO | Presentazione di due report semestrali | | | | 10% | 10% | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 3 | Gestione Emergenza Covid | Gestione attività e procedure legate alla pandemia | Report sull'attività svolta da inviare alla Direzione Sanitaria | Entro il 31/12 | | | | 20% | 10% | documentazione pervenuta in data 20/12/2021 | Obiettivo raggiunto come da documentazione | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 4 | Progetto di ridefinizione delle attività del Presidio | Rafforzamento relazioni e reti con strutture sanitarie del territorio | Presentazione di un progetto con indicazione dei criteri di eleggibilità dei pazienti da ricoverare nel presidio e avvio delle relazioni con le strutture sanitarie del territorio | Presentazione del Progetto alla Direzione entro 31.12.2021 e avvio delle relazioni con il territorio | | | | 20% | | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 5 | Miglioramento dell'assistenza | Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere | Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio | 1- Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero, entro il 30/06/2021 2- Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di riferimento Applicazione mensile come da strumenti e metodi (Check list compilate) secondo semestre entro il 31/12/2021 | | | | 30% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda relazione dott. Marinelli | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 6 | Riorganizzazione del magazzino in considerazione dell'aggiornamento del PAC Rimanenze | interventi operativi necessari per l'applicazione del PAC Rimanenze | Formazione interna per la diffusione del PAC e n.2 incontri di verifica dello stato di applicazione con verbale | vedi indicatore | | | | 15% | 10% | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| <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 | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE
 IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
 IL DIRETTORE GENERALE

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA

IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER
 PRESA VISIONE)

| 193611500 - SOC DIREZIONE MEDICA PRESIDI AN FE AP | | Responsabile : Dr. Luzzi Direttore Dipartimento: | | BUDGET 2021 | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------|--|--|--|---|-------------------|--|---|----------------|---------------|---|--|------------------------|------------------------|--|--|--|--|
| SETTORE | PROG. | OBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLL O DI GESTIONE | VALUTAZIONE CDR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA | | | | |
| | 1 | Organizzazione attività di vaccinazione Inrca | Organizzazione vaccinazioni COVID-19 secondo le linee di volta in volta attivate e in seguito alle richieste e indicazioni regionali | Relazione finale sul totale delle vaccinazioni effettuate secondo le richieste regionali | vedi indicatore | | | | 10% | 30% | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto | | | | | |
| | 2 | Progetto Camper Trough | Organizzazione attività progetto Camper Trough | n. tamponi eseguiti | >3500 | 3624 | 104% | 100% | 10% | | Obiettivo raggiunto come da documentazione | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto | | | | | |
| | 3 | Raccolta procedure COVID-19 sul sito Intranet ad uso del personale | Inserimento procedure gestione emergenza COVID prodotte dall'istituto su intranet | % procedure prodotte presenti sul sito | >90% | | | | 10% | 20% | vedi procedure al seguente link: http://04srv-intra.inrca.local:8083/CoVid.asp Obiettivo raggiunto | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto | | | | | |
| | 4 | Certificazione aziendale | Supporto alle attività propedeutiche al raggiungimento della certificazione | Raggiungimento certificazione | vedi indicatore | | | | 10% | 20% | Obiettivo raggiunto come da documentazione | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto | | | | | |
| | 5 | Aggiornamento Procedura Malfunzionamento apparecchiature elettromedicali Raccomandazione 9 | Aggiornamento Procedura Raccomandazione 9 | Produzione Documento aggiornato | vedi indicatore entro 31/10/2021 | | | | 10% | | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione inviata dal dr.ssa Ferrara | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto | | | | | |
| | 6 | Aggiornamento Procedure derivanti dalle Raccomandazioni Ministeriali | Coordinamento gruppi di miglioramento e/o aggiornamento | Stesura delle procedure secondo le scadenze indicate nei diversi obiettivi assegnati alle UUOQ | vedi indicatore | | | | 10% | | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione inviata dal dr.ssa Ferrara | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto | | | | | |
| | 7 | Monitoraggio attività | Monitoraggio trimestrale obiettivi regionali di cui DGR 511/2021 | Invio report trimestrale alla Direzione Sanitaria | Entro 45 gg dalla conclusione del trimestre | | | | 5% | | Obiettivo raggiunto come da documentazione | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto | | | | | |
| | 8 | Controllo Verifica Prestazioni Sanitarie | Verifiche trimestrali come da indicazioni regionali | Report periodici e relazione finale | Report trimestrale e relazione finale | | | | 10% | | Obiettivo raggiunto come da documentazione | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto | | | | | |
| <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 | | | | | | | 25% | 30% | | | | | | | | |

IL RESPONSABILE
 IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
 IL DIRETTORE GENERALE

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA
 IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE)

| R2902200 - SOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESIDIO CT | | Responsabile : Dr.ssa Fioravanti | | BUDGET 2021 | | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | |
|--|--------|---|--|--|--|-------------------|--|---|----------------|-------------------|---|--|--|------------------------|
| SETTORE | PROGR. | OBBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Economico-finanziario</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Revisione procedura di gestione delle richieste di cartelle cliniche | analisi delle tariffe al fine di renderle coerenti con i costi vivi sostenuti dall'Istituto | elaborazione di una procedura operativa | presentazione della procedura entro il 31/12/2021 | | | | 10% | | documentazione pervenuta in data 23/12/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 2 | Miglioramento performance amministrativa | inserimento tempestivo del contratto derivante da procedura di acquisto DAPO sul sistema di Navision | tempo medio intercorrente tra la data di protocollazione del verbale di acquisto e la data di inserimento del relativo contratto/ordine sul sistema Navision | tempo medio di inserimento pari a 4 giorni, calcolato sul 2021 | 3,00 | 100% | 100% | 10% | 15% | | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 3 | Trasparenza e rapporti con l'utenza | aggiornamento carta dei servizi | pubblicazione della carta dei servizi aggiornata | pubblicazione entro il 30/09/2021 | | | | 10% | 15% | documentazione pervenuta in data 05/08/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 4 | Riorganizzazione del magazzino in considerazione dell'aggiornamento del PAC Rimanenze | interventi operativi necessari per l'applicazione del PAC Rimanenze | Formazione interna per la diffusione del PAC e n.2 incontri di verifica dello stato di applicazione con verbale | vedi indicatore | | | | 5% | 10% | | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 5 | Riattivazione Riabilitazione INRCA Casatenovo | Presentazione e attuazione gantt per la riapertura della riabilitazione con attività del gruppo di lavoro coordinato da DS e DA con la presenza di UO Aru, Area Infermieristica e Riabilitativa, DAPO, Ufficio | Presentazione e attuazione gantt di attività | attivazione entro 01/09/2021 | | | | 10% | 10% | documentazione pervenuta in data 09/08/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 6 | Attuazione piano investimenti | Realizzazione di tutti gli acquisti di cui al Piano Investimenti pertinenti della DAPO definito sulla base dei finanziamenti regionali | Realizzazione acquisti indicati nella determina del Piano investimenti | entro 31/12/2021 | | | | 10% | 20% | | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 7 | Miglioramento servizi aziendali | Realizzazione manutenzione area verde Por di Casatenovo | vedi indicatore | 2 volte nel 2021 | 4,00 | 200% | 100% | 10% | | documentazione pervenuta in data 07/10/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 8 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 10% | | | Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| <i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE
 IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO _____
 IL DIRETTORE GENERALE _____

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA
 IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER
 PRESA VISIONE)

| R3612200 - SOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESIDI AN FE AP | | Responsabile : Dr.ssa Fioravanti Direttore Dipartimento: dr.ssa Nardi | | | BUDGET 2021 | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | | |
|--|--------|---|--|---|---|-------------------|--|---|----------------|-------------------|----------------------------|--|---|--|---------------------|
| SETTORE | PROGR. | OBBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° Istanza | VALUTAZIONE 2° Istanza | |
| <i>Economico-finanziario</i> | | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Avvio del servizio di pagamento elettronico presso la segreteria di Radiologia | Creazione delle condizioni organizzative per l'avvio del servizio | Attivazione pagamenti elettronici | Attivazione Radiologia entro 30/06/2021 | | | | | 10% | | documentazione pervenuta in data 05/07/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 2 | Supporto alla segreteria del Laboratorio Analisi AN al fine di garantire la continuità del servizio | Sostituzione in caso di assenza di entrambe le operatrici presenti presso il Laboratorio Analisi per cause imprevedibili e non programmate | Formazione di n.2 operatori del Servizio Cup Ticket sulle procedure Laboratorio Analisi entro il 31/12/2021 | Formazione con verbale e relazione delle attività svolte entro il 31/12/2021 | | | | | 10% | 10% | documentazione pervenuta in data 06/10/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 3 | Campagna vaccinale | Partecipazione secondo le modalità indicate dalla Direzione Amministrativa alla campagna vaccinale | vedi azione | vedi indicatore | | | | | 10% | 20% | | Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 4 | Miglioramento fruibilità dei servizi sanitari | Predisposizione in lingua inglese dei testi contenenti le preparazioni ai principali esami diagnostici | Elaborazione del documento da pubblicare sul sito | Pubblicazione entro il 31/12/2021 | | | | | 5% | 10% | documentazione pervenuta in data 22/12/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 5 | Tempi di attesa | Pubblicazione dei tempi di attesa previsti e dei tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione soggetta a monitoraggio (PNGLA 2019-2021) | vedi azione | 100% dei dati "ex ante" pubblicati e aggiornati entro il 20 del mese successivo 100% dei dati "ex post" pubblicati e aggiornati entro il 20 del secondo mese successivo, salvo casi di ritardo nella trasmissione dati Cup da parte della Regione Marche | | | | | 5% | 10% | documentazione pervenuta in data 23/12/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 6 | Avvio di percorsi della valutazione partecipativa | Coinvolgimento del Comitato di partecipazione nell'ambito della tematica delle liste di attesa anche sulla base di quanto evidenziato nel Tavolo Regionale per il monitoraggio dell'attuazione del Piano regionale di Governo delle Liste D'Attesa | Incontro con Comitato di partecipazione sull'argomento | vedi indicatore | | | | | 5% | 10% | documentazione pervenuta in data 06/10/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 7 | Percorso Attuativo Certificabilità Bilanci | Rivisitazione ed Aggiornamento Pac Crediti Ricavi | Stesura del documento aggiornato | Entro il 30/11/2021 | | | | | 10% | | si veda documentazione inviata dalla dr.ssa Pacenti in data 30/11/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 8 | Percorso Attuativo Certificabilità Bilanci | Rivisitazione ed Aggiornamento Pac _Disponibilità Liquide | Stesura del documento aggiornato | Entro il 30/11/2021 | | | | | 10% | | si veda documentazione inviata dalla dr.ssa Pacenti in data 30/11/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 9 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla | Report sull'attività svolta | | | | | 10% | 10% | | Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| <i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e</i> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE

IL VALUTATORE DI 1° Istanza

IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE)

| *R0104000 - SOSD UFFICIO AFFARI GENERALI | | Responsabile : Dr.ssa Tonucci Direttore Dipartimento: dr.ssa Nardi | | | BUDGET 2021 | | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | |
|--|--------|--|---|---|--|---------------------|-----------------------|-----------------------|----------------|---------------|---|---|--|------------------------|
| SETTORE | PROGR. | OBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTI (M) | % LIVELLO DI RAGGIUN. | % LIVELLO DI RAGGIUN. | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Economico-finanziario</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Migrazione sistema di protocollo Iride alla nuova versione IRIDE | Installazione nuova piattaforma open, implementazione data base, configurazione, test, formazione e avvio. | Utilizzo del nuovo sistema | Attivazione del sistema iride entro il 30/11/2021 | | | | 10% | 20% | Documentazione pervenuta. Attivazione effettuata nel mese di giugno | Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 2 | Applicazione del nuovo atto aziendale attraverso l'avvio e la conclusione di tutti i percorsi e di tutte le attività derivanti da tale | Predisposizioni atti richiesti dalla Direzione per l'approvazione delle declaratorie | Firma del responsabile del procedimento in Open Act come da dettaglio iter di Open Act | entro 10 giorni lavorativi dall'arrivo delle declaratorie salvo assenza del Responsabile | | | | 10% | | | Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 3 | Efficientamento del percorso di adozioni delle convenzioni sanitarie con le altre PP.AA. | Declinazione del piano di fabbisogno per il 2021 con individuazione delle responsabilità degli altri soggetti interni coinvolti | vedi azione | entro 31/07/2021 | | | | 10% | | La documentazione è stata protocollata e inviata uin data 29/07/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 4 | Campagna vaccinale | Partecipazione secondo le modalità indicate dalla Direzione Amministrativa alla campagna vaccinale | vedi azione compresa attività numero verde | vedi indicatore | | | | | 20% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 5 | Determina ricognitoria delle spese Covid | Predisposizione della determina ricognitoria delle attività Covid sulla base di quanto già fatto nel 2020 | Presentazione proposta di determina | entro 10/01/2022 | | | | 15% | 15% | | Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 6 | Miglioramento servizi intraziendali | Avvio delle attività del servizio del medico competente | Vedi azione per tutte le sedi Inrca | entro 31/07/2021 | | | | 10% | 15% | E' stata presentata la documentazione relativa all'obiettivo in data 19/10/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 7 | Rafforzamento dell'identità aziendale | Miglioramento del presidio e della gestione delle attività nei Presidi fuori Regione Marche | Missioni presso il presidio di Cosenza e presso il Presidio di Casatenovo | 2 a Casatenovo/Merate 2 a Cosenza | | | | 10% | | | Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 8 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agricontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 10% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda attestazione della Direzione Scientifica. | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| <i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE
 IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
 IL DIRETTORE GENERALE

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA
 IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA
 VISIONE)

| R0105100 - UOC ACQUISIZIONE BENI SERVIZI LOGISTICA ATL | | Responsabile : Dr.ssa Nardi Direttore Dipartimento: dr.ssa Nardi | | BUDGET 2021 | | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | |
|--|----------|---|---|--|---|-------------------|--|---|----------------|-------------------|--|--|--|------------------------|
| SETTORE | PR OG R. | OBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Economico-finanziario</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Riorganizzazione del magazzino rispetto alle criticità evidenziatesi nel 2018 e 2019 e in considerazione del PAC relativo recentemente aggiornato | Entrata a regime ed applicazione di quanto stabilito nel PAC rimanenze per il magazzino economale | Formazione interna per diffusione PAC rimanenze per la parte di competenza con riunione verbalizzata | vedi indicatore | | | | 10,0% | 10% | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 2 | Rendicontazione acquisizioni Covid | Rendicontazione acquisizione beni e servizi inerenti la pandemia Covid secondo le modalità richieste dalla Legge, dalle DGRM e da Protezione Civile, ecc | Rendicontazione entro i tempi richiesti | vedi indicatore | | | | 10% | 10% | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 3 | Sviluppo formazione ai sensi del decreto 81 | Acquisizione dei corsi di formazioni richiesti dall'SPP | Acquisizione corsi richiesti dall'SPP | vedi indicatore | | | | 5% | 5% | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 4 | Analisi andamento gare | Analisi andamento delle criticità di interesse strategico derivanti da proroghe e/o problematiche sopravvenute che impediscono la conclusione ottimale delle gare | Presentazione di un report alla Direzione trimestrale | Entro 10 gg dalla conclusione del trimestre a partire dal II trimestre 2021 | | | | 10% | | Report III Trimestre pervenuto in data 08/10/2021 | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 5 | Nuovo sistema informativo aziendale | Partecipazione alle attività e ai gruppi di lavoro per l'avvio del nuovo sistema informativo aziendale | vedi azione | vedi indicatore | | | | 5% | 20% | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 6 | Attuazione piano investimenti | Realizzazione di tutti gli acquisti di cui al Piano Investimenti pertinenti della UO definito sulla base dei finanziamenti regionali | Realizzazione acquisti indicati nella determina del Piano investimenti | almeno 70% entro 31/12/2021 | | | | 10% | 10% | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 7 | Rafforzamento dell'identità aziendale | Miglioramento del presidio e della gestione delle attività nei Presidi fuori Regione Marche | Missioni presso il presidio di Cosenza e presso il Presidio di Casatenovo | 2 a Casatenovo/Merate 2 a Cosenza | | | | 5% | | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 8 | Applicazione PTPC 2021-2023 | Presenza della dichiarazione sull'insussistenza di conflitto di interesse tale da determinare l'inconferibilità dell'incarico per i membri di commissioni di gara, anche con compiti di segreteria. | Controllo su un campione significativo, selezionato con metodi di estrazione casuale e pari ad almeno il 30% del totale dei provvedimenti di nomina di commissioni di gara | 100% | | | | 5% | | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 9 | Campagna vaccinale | Partecipazione secondo le modalità indicate dalla Direzione Amministrativa alla campagna vaccinale | vedi azione | vedi indicatore | | | | | 15% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | obiettivo raggiunto si veda attestazione dr.ssa Fioravanti | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 10 | Percorso Attuativo Certificabilità Bilanci | Rivisitazione ed Aggiornamento Pac_Disponibilità Liquide | Stesura del documento aggiornato | Entro il 30/11/2021 | | | | 5% | | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 11 | Percorso Attuativo Certificabilità Bilanci | Rivisitazione ed Aggiornamento Debiti Costi | Stesura del documento aggiornato | Entro il 30/11/2021 | | | | 5% | | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 12 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 5% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto si veda attestazione Direzione Scientifica | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| <i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE

IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE GENERALE

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA

IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA

| '00105200 - SOC AMMINISTRAZIONE RISORSE UMANE ATL | | Responsabile : Dr.ssa Paolmi Direttore Dipartimento: dr.ssa Nardi | | | BUDGET 2021 | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | | |
|--|---------|---|---|---|--|-------------------|--|---|----------------|-------------------|----------------------------|--|--|------------------------------------|---------------------|
| SETTORE | PRO GR. | OBBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE C&R | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA | |
| <i>Economico-finanziaria</i> | | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Azioni in merito alla stabilizzazione del personale - ad esclusione del Presidio di Cosenza | Procedura di stabilizzazione del personale con i requisiti al 31.12.2020 | Pubblicazione dell'avviso, esamina delle domande, determina di conclusione procedimento in merito ai vincitori | Trasmissione determina di approvazione della graduatoria degli aventi diritto entro 4 mesi dalla pubblicazione del bando | | | | | 10% | 10% | documentazione pervenuta in data 14/12/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si considera l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 2 | Azioni in merito alla stabilizzazione del personale del Presidio di Cosenza | Messa in atto di tutte le azioni propedeutiche alla stabilizzazione del personale di Cosenza | Presentazione bozza di lettera da inviare alla Regione Marche | vedi indicatore | | | | | 10% | | documentazione pervenuta in data 14/12/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si considera l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 3 | Nuovo sistema informativo aziendale | Partecipazione alle attività e ai gruppi di lavoro per l'avvio del nuovo sistema informativo aziendale | vedi azione | vedi indicatore | | | | | 5% | 15% | documentazione pervenuta in data 14/12/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si considera l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 4 | Riattivazione Riabilitazione INRCA Casatenovo | Presentazione e attuazione gantt per la riapertura della riabilitazione con attività del gruppo di lavoro coordinato da DS e DA con la presenza di UO Aru, Area Infermieristica e Riabilitativa, DAPD, Ufficio Tecnico e Cogest | Presentazione e attuazione gantt di attività | attivazione entro 01/09/2021 | | | | | 5% | 5% | documentazione pervenuta in data 14/12/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si considera l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 5 | Miglioramento dell'offerta sanitaria | Predisposizione delle azioni necessarie alla copertura di tutti i posti di pianta organica del personale del Pronto Soccorso di Osimo | vedi indicatore | entro 31/12/2021 | | | | | 5% | 10% | documentazione pervenuta in data 14/12/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si considera l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 6 | Rafforzamento dell'identità aziendale | Miglioramento del presidio e della gestione delle attività nei Presidi fuori Regione Marche | Missioni presso il Presidio di Cosenza e presso il Presidio di Casatenovo | 2 a Casatenovo/Merata 2 a Cosenza | | | | | 10% | | documentazione pervenuta in data 14/12/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si considera l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 7 | Applicazione PTPC 2021-2023 | Prevenzione delle situazioni di conflitto di interesse | Bozza del regolamento e della procedura per l'autorizzazione degli incarichi extra istituzionali | entro 31/12/2021 | | | | | 5% | | documentazione pervenuta in data 14/12/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si considera l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 8 | Applicazione PTPC 2021-2023 | Presenza nel fascicolo dei dirigenti titolari di incarico della dichiarazione sull'insussistenza di cause di inconferibilità e della dichiarazione annuale di assenza di cause di incompatibilità | Controllo su un campione a carico di AT, selezionato con metodi di estrazione casuale e pari ad almeno il 10% del totale degli incarichi dirigenziali | 100% | | | | | 5% | 10% | documentazione pervenuta in data 14/12/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si considera l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 9 | Applicazione PTPC 2021-2023 | Presenza della dichiarazione sull'insussistenza di conflitto di interesse tale da determinare l'inconferibilità dell'incarico per i membri di commissioni di concorso, anche con compiti di segreteria. | Controllo su un campione a carico di AT, selezionato con metodi di estrazione casuale e pari ad almeno il 15% del totale dei provvedimenti di nomina di commissioni di gara | 100% | | | | | 5% | 10% | documentazione pervenuta in data 14/12/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si considera l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 10 | Percorso Attuativo Certificabilità Bilanci | Rivisitazione ed Aggiornamento Debiti Costi | Stesura del documento aggiornato | Entro il 30/11/2021 | | | | | 5% | | documentazione pervenuta in data 14/12/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si considera l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| | 11 | Campagna vaccinale | Partecipazione secondo le modalità indicate dalla Direzione Amministrativa alla campagna vaccinale | vedi azione | vedi indicatore | | | | | 5% | 10% | Documentazione presente nella | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione | Si considera l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 12 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 - Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | | 5% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda attestazione della Direzione Scientifica. | Si considera l'obiettivo raggiunto | Obiettivo raggiunto |
| <i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE

| | |
|---|--|
| IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA | |
| IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE) | |

| R0105300 - SOSD AMMINISTRAZIONI E FINANZA ATL | | Responsabile : Dr.ssa Pacenti Direttore Dipartimento: dr.ssa Nardi | | | BUDGET 2021 | | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | |
|--|---------|--|---|--|--|-------------------|---|---|----------------|---------------|---|--|---|------------------------|
| SETTORE | PRO GR. | OBBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI PRESENTI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Economico-Produttiva</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Percorso Attuativo Certificabilità Bilanci | Rivisitazione ed Aggiornamento Pac Crediti Ricavi | Stesura del documento aggiornato | Entro il 30/11/2021 | | | | 10% | 5% | documentazione pervenuta in data 30/11/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo. | obiettivo raggiunto |
| | 2 | Percorso Attuativo Certificabilità Bilanci | Rivisitazione ed Aggiornamento Debiti Costi | Stesura del documento aggiornato | Entro il 30/11/2021 | | | | 10% | 10% | documentazione pervenuta in data 30/11/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo. | obiettivo raggiunto |
| | 3 | Percorso Attuativo Certificabilità Bilanci | Rivisitazione ed Aggiornamento Pac_Disponibilità Liquide | Stesura del documento aggiornato | Entro il 30/11/2021 | | | | 10% | 10% | documentazione pervenuta in data 30/11/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo. | obiettivo raggiunto |
| | 4 | Campagna vaccinale | Partecipazione secondo le modalità indicate dalla Direzione Amministrativa alla campagna vaccinale | vedi azione | vedi indicatore | | | | | 15% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo. | obiettivo raggiunto |
| | 5 | Formalizzazione delle contestazioni verso fornitori | Monitoraggio delle eventuali contestazioni attivate dagli uffici ordinanti sulle forniture | Report trimestrale di monitoraggio sulle contestazioni inviate | Entro 45 gg dalla conclusione del II trimestre 2021 e entro 10 gg a partire dal III trimestre 2021 | | | | 10% | 10% | report pervenuti entro le scadenze previste nel valore obiettivo. | I report sono prodotti nelle seguenti date: 06/08/2021 II trim 06/10/2021 III trim 10/01/2022 IV trim | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo. | obiettivo raggiunto |
| | 6 | Nuovo sistema informativo aziendale | Partecipazione alle attività e ai gruppi di lavoro per l'avvio del nuovo sistema informativo aziendale | vedi azione | vedi indicatore | | | | 10% | 20% | | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo. | obiettivo raggiunto |
| | 7 | Rafforzamento dell'identità aziendale | Miglioramento del presidio e della gestione delle attività nei Presidi fuori Regione Marche | Missioni presso il presidio di Cosenza e presso il Presidio di Casatenovo | 2 a Casatenovo/Merate 2 a Cosenza | | | | 15% | | | Obiettivo raggiunto Gli incontri a Cosenza si sono svolti il 30/09_1/10 2021 e 24_25/11 2021 Gli incontri a Casatenovo si sono svolti il 13_14/10/2021 e 02/12/2021. | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo. | obiettivo raggiunto |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 8 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 10% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda attestazione della Direzione Scientifica. | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo. | obiettivo raggiunto |
| <i>Sviluppo e</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | | | | | | |

IL RESPONSABILE _____
 IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO _____
 IL DIRETTORE GENERALE _____

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA _____
 IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA) _____

| R0105400 - SOC ATTIVITA' TECNICHE NUOVE ONERE DATAMONICIA AT1 | | | | Responsabile - Ing. Medeo Direttore Dipartimento: dr.ssa Norili | | | | BUDGET 2021 | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | |
|--|--------|---|---|--|---|-------------------|--|---|----------------|---------------|---|---|----------------------------------|------------------------|---------------------|
| SETTORE | PROGR. | OBBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CAR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA | |
| Economico-finanziario Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Gestione del patrimonio mobiliare e immobiliare con costante e immediato aggiornamento dello stesso anche in ambito dei sistemi informativi aziendali | Verifiche di allineamento tra inventario fisico BMD e cespiti risultanti nel sistema contabile a seguito dell'aggiornamento eseguito Aggiornamento valutazioni estimative per i beni immobili disponibili per i quali si prevede l'alienazione | Individuazione elementi di supporto per giustificare il riallineamento Acquisizione delle perizie di stima per almeno due beni o gruppi di beni immobili e atti di autorizzazione all'alienazione | Redazione di relazione con esiti della ricognizione entro il 31/07/2021 Emissione di avvisi di vendita entro il 31/12/2021 | | | | 10% | 5% | Riguardo all'allineamento tra inventario fisico e cespiti è stata condotta, nell'ambito di un apposito gruppo di lavoro composto da varie competenze, scelti i criteri generali cui attersi, un'accuratissima verifica. Gli esiti sono stati riassunti nella relazione allegata. Riguardo all'obiettivo riferito agli immobili disponibili sono stati affidati all'Agenzia delle Entrate gli incarichi per la valutazione estimativa dei cespiti, ottenendo le stime per gli ex presidi ospedalieri di Roma e Cagliari. Sono state redatte le documentazioni e le proposte di determina per l'alienazione dei beni. Si ritiene l'obiettivo raggiunto. Non è stato possibile procedere all'emissione degli avvisi in mancanza del previsto parere da parte del C.V. (Vedi allegati) | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | | Obiettivo raggiunto | |
| | 2 | Efficientamento del percorso delle attività manutentive, ordinarie e straordinarie, poste in essere nel corso dell'esercizio | Alimentazione registro delle richieste di intervento in manutenzione; svolgimento tempestivo delle attività manutentive richieste | Esecuzione degli interventi necessari | Completamento del 85% degli interventi entro il 31/12/2021 | | | | 5% | | Il sistema informatizzato di richiesta interventi registra le attività dalla richiesta, alla presa in carico e fino alla conclusione della pratica. Sono disponibili estratti dei registri a dimostrazione del raggiungimento del livello di risposta con esito positivo alle richieste, pari al 91% sul totale delle voci. (vedi Allegato) | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | | Obiettivo raggiunto | |
| | 3 | Campagna vaccinale | Partecipazione secondo le modalità indicate dalla Direzione Amministrativa alla campagna vaccinale | vedi azione | vedi indicatore | | | | | 10% | Documentazione presente nella cartella "Obi trasversali" | Il personale della UO ha fornito il supporto richiesto, sia partecipando alle attività in orari fuori servizio, sia garantendo l'effettuazione di un turno settimanale in orario lavorativo. La partecipazione è dimostrabile attraverso il registro turni gestito e organizzato dalla dirigente responsabile dott.ssa Paola Fioravanti. Si allega estratto dei turni prestati. | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | | Obiettivo raggiunto |
| | 4 | Miglioramento servizi intraaziendali | Realizzazione di una procedura informatica per l'aggiornamento elenchi dei beni mobili in carico a ciascuna Unità Operativa. | Definizione dei contenuti tecnici e del form della procedura | entro 30/09/2021 | | | | 5% | 10% | Documentazione pervenuta in data 23/09/2021 | L'obiettivo si ritiene pienamente raggiunto, anche nella successiva stesura dell'applicativo da parte del SIA. (Iga documentato) | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | | Obiettivo raggiunto |
| | 5 | Rendicontazione acquisizioni Covid | Rendicontazione lavori inerenti la pandemia Covid secondo le modalità richieste dalla Legge, dalle DGRM e da Protezione Civile, ecc | Rendicontazione entro i tempi richiesti | vedi indicatore | | | | 20% | 20% | I rendiconti sono stati redatti e trasmessi come da richieste (vedi allegato) | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | | Obiettivo raggiunto | |
| | 6 | Nuovo sistema informativo aziendale | Partecipazione alle attività e ai gruppi di lavoro per l'avvio del nuovo sistema informativo aziendale | vedi azione | vedi indicatore | | | | | 10% | E' stata fornita la massima disponibilità alla partecipazione, quando la UO è stata convocata (non coinvolta nella prima fase). Le attività sono di fatto partite nel 2022. | Si ritiene l'obiettivo non valutabile in quanto l'UO non è stata coinvolta negli esercizi tenuti nel 2021. | | Obiettivo raggiunto | |
| | 7 | Riattivazione Riabilitazione INRCA Casatenovo | Presentazione e attuazione gartti per la riapertura della riabilitazione con attività del gruppo di lavoro coordinato da DS e DA con la presenza di UO Ani, Area Infermieristica e Riabilitativa, DAPO, Ufficio Tecnico e Cogest | Presentazione e attuazione gartti di attività | attivazione entro 01/09/2021 | | | | 10% | 5% | gli interventi strutturali per la riapertura del reparto sono stati conclusi in data 16/10/2021 (vedi allegato) | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | | Obiettivo raggiunto | |
| | 8 | Miglioramento servizi aziendali | Realizzazione lavori e acquisizione arredi per sistemazione obitorio Por Inrca di Casatenovo | Sistemazione obitorio Por di Casatenovo | entro 31/12/2021 | | | | 10% | 5% | Il progetto esecutivo per la manutenzione straordinaria della camera mortuaria è stato redatto in tempo utile. Non si è ottenuta l'autorizzazione alla spesa per mancanza di finanziamento da parte della Regione Lombardia (vedi prot. 44842 del 22.12.2021 e allegati) | L'UO ha realizzato il progetto esecutivo per la sistemazione dell'obitorio. Si ritiene l'obiettivo non valutabile per cause non dipendenti dalla UO | | Obiettivo raggiunto | |
| | 9 | Miglioramento servizi aziendali | Realizzazione manutenzione area verde Por di Casatenovo | vedi indicatore | 2 volte nel 2021 | | | | 10% | 5% | Le aree verdi del presidio sono state oggetto di manutenzione attraverso 6 interventi nel corso del 2021 (vedi allegati e OA2102051, OA2104959, OA2106680). | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | | Obiettivo raggiunto | |
| Prospettiva dell'utenza e stakeholder | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 11 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 - Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 5% | 30% | Documentazione presente nella cartella "Obi trasversali" | Si veda attestazione della Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | | Obiettivo raggiunto |
| Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi IL RESPONSABILE IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO IL DIRETTORE GENERALE | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE) | | | |

| 'R0105500 - SOSD AREA SISTEMI INFORMATIVI ATL | | Responsabile : Ing. Arzeni Direttore Dipartimento: dr.ssa Nardi | | | BUDGET 2021 | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | |
|--|---------|--|--|--|--|-------------------|--|---|----------------|-------------------|---|--|--|------------------------|
| SETTORE | PRO GR. | OBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Migrazione sistema di protocollo Iride alla nuova versione IRIDE | Installazione nuova piattaforma open, implementazione data base, configurazione, test , formazione e avvio. | Utilizzo del nuovo sistema | Attivazione del sistema Iride entro il 30/11/2021 | | | | 5% | 5% | documentazione pervenuta in data 23/11/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 2 | Digitalizzazione del processo di richiesta di autorizzazione da parte dei medici delle prestazioni in Libera Professione ai fini della riduzione dei tempi di risposta | Realizzazione applicazione web intranet : analisi , sviluppo, test e messa in produzione dell'applicazione web relative alla richiesta dei medici di autorizzazione alle prestazioni in Libera Professione | Applicazione web in produzione sulla intranet | vedi indicatore entro 31 ottobre 2021 | | | | 5% | 5% | documentazione pervenuta in data 28/10/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 3 | Web file hosting Inrca | Analisi, installazione, configurazione, test e messa in produzione del sistema di condivisione file via web | applicazione in produzione | Vedi indicatore entro il 30 Novembre 2021 | | | | 5% | 5% | documentazione pervenuta in data 23/11/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 4 | Campagna vaccinale | Partecipazione secondo le modalità indicate dalla Direzione Amministrativa alla campagna vaccinale | vedi azione | vedi indicatore | | | | | 10% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 5 | Miglioramento servizi intraziendali | Realizzazione di una procedura informatica per il work flow dei beni mobili da movimentare (riferimento modulo 4 della gestione dei beni mobili) | Realizzazione informatica | entro 31/12/2021 | | | | 5% | 5% | documentazione pervenuta in data 24/11/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 6 | Miglioramento servizi intraziendali | Possibilità di accesso da fuori rete Inrca al portale dipendente | Presentazione di un progetto di fattibilità | Presentazione del progetto entro 31/10/2021 | | | | 10% | | documentazione pervenuta in data 28/10/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 7 | Nuovo sistema informativo aziendale | Coordinamento delle attività e dei gruppi di lavoro per l'avvio del nuovo sistema informativo aziendale | vedi azione | vedi indicatore | | | | 10% | 15% | | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 8 | Attivazione Cruscotto aziendale | Completamento delle analisi e declinazione puntuale della tipologia di indicatori da inserire nel cruscotto concordato con la Direzione | Cruscotto aziendale | Avvio parziale entro 31 luglio 2021 Completamento entro 30 novembre 2021 | | | | 15% | 10% | documentazione pervenuta in data 26/11/2021 | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 9 | Miglioramento comunicazione aziendale | Nuovo sito aziendale | Avvio verso l'utenza esterna | Entro 30 giorni dal nulla osta dell'area comunicazione | | | | | 10% | | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 10 | Rafforzamento dell'identità aziendale | Miglioramento del presidio e della gestione delle attività nei Presidi fuori Regione Marche | Missioni presso il presidio di Cosenza e presso il Presidio di Casatenovo | 2 a Casatenovo/Merate 2 a Cosenza | | | | 10% | | Sono state effettuate le seguenti missioni: Cosenza: 30 Settembre 2021 ATL e 25 Novembre 2021 ATL. Casatenovo 13 Ottobre 2021 ATL e 15 Dicembre 2021 incontro con DPO a | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto | |
| | 11 | Tempi di attesa | Pubblicazione dei tempi di attesa previsti e dei tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione soggetta a monitoraggio (PNGLA 2019-2021) | Invio mensile dati ex-post relativi alla Regione Marche | 100% dei dati ex post inviati alla DMP entro il 16 del secondo mese successivo. A partire dal mese di giugno | | | | | 5% | | Obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 12 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Processi organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 10% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Si veda attestazione della Direzione Scientifica. | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| <i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i> | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | | | | | | |
| IL RESPONSABILE IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO IL DIRETTORE GENERALE | | | | | | | | | | | IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE) | | | |

| "R2602200 - SOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESIDIO CS | | Responsabile : Dr.ssa Fioravanti | | | BUDGET 2021 | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | |
|--|---------|---|---|---|--|-------------------|--|---|----------------|-------------------|--|--|---|----------------------------------|
| SETTORE | PRO GR. | OBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Economico-finanziaria</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Prevenzione Corruzione e Trasparenza | Publicazione sistematica secondo le modalità e nei termini previsti dalla normativa dei documenti inerenti i CIG e secondo le indicazioni aziendali | Tempestivo inserimento del CIG nel sistema Navision | Inserimento del CIG nel sistema Navision al massimo entro 30 gg dalla fine del trimestre | | | | 10% | 20% | documentazione pervenuta in data 30/12/2021 | obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 2 | Miglioramento performance amministrativa | Inserimento tempestivo del contratto derivante da procedura di acquisto DAPD sul sistema di Navision | tempo medio intercorrente tra la data di protocollazione del verbale di acquisto e la data di inserimento del relativo contratto sul sistema Navision | tempo medio di inserimento pari a 4 giorni, calcolato sul 2021 | 85% | 85% | 85% | 15% | 20% | documentazione pervenuta in data 30/12/2021 | obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Vista la documentazione presentata dall'UO, si considera l'obiettivo parzialmente raggiunto | obiettivo parzialmente raggiunto |
| | 3 | Trasparenza e rapporti con l'utenza | aggiornamento carta dei servizi | pubblicazione della carta dei servizi aggiornata | pubblicazione entro il 30/09/2021 | | | | 15% | 10% | documentazione pervenuta in data 05/08/2021 | obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 4 | Riorganizzazione del magazzino in considerazione dell'aggiornamento del PAC Rimanenze | interventi operativi necessari per l'applicazione del PAC Rimanenze | Formazione interna per la diffusione del PAC e n.2 incontri di verifica dello stato di applicazione con verbale | vedi indicatore | | | | 15% | 20% | | obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 5 | Percorso Attuativo Certificabilità Bilanci | Rivisitazione ed Aggiornamento Pac Crediti Ricavi | Stesura del documento aggiornato | Entro il 30/11/2021 | | | | 10% | | documentazione inviata dalla dr.ssa Pacenti in data 30/11/2021 | obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 6 | Percorso Attuativo Certificabilità Bilanci | Rivisitazione ed Aggiornamento Pac Disponibilità Liquide | Stesura del documento aggiornato | Entro il 30/11/2021 | | | | 10% | | documentazione inviata dalla dr.ssa Pacenti in data 30/11/2021 | obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| <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 | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE

IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE GENERALE

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA

IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE)

| R0102700 - SEGRETERIA DIREZIONE SCIENTIFICA | | Responsabile: dr. Di Ruscio | | | BUDGET 2021 | | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | |
|--|-----------|--|---|---|---|-------------------|---|---|-------------------|----------------------|-------------------------------|--|------------------------------------|------------------------|
| SETTORE | PRG R. | OBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPART O | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° Istanza |
| <i>Economico-finanziario</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Coordinamento rete IRCCS AGING | Supporto all'attività di coordinamento della rete Aging | Verbali degli incontri | vedi indicatore | | | | | 20% | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata Sono stati redatti: 3 verbali di Assemblée, 1 verbale del Comitato Tecnico Scientifico, 7 verbali del Consiglio Direttivo | Si considera l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 2 | Prevenzione della corruzione e trasparenza | Rispetto e assolvimento di tutte le attività previste dal piano della trasparenza ed anticorruzione (determina n. 114 /DGEN del 31/03/2021 per la Segreteria della Direzione Scientifica e per la Segreteria del CIV) | Aggiornamento e pubblicazione di tutte le informazioni richieste nel rispetto delle scadenze definite | Publicazione sul sito al link Amministrazione Trasparente | | | | | 15% | | Obiettivo raggiunto Di seguito il link pubblicazione documentazione: https://www.inrca.it/inrca/ELAB1/?pag=TRA_ALB_ORGANINDPOL_HOME&Mnu=4&MnuPadre=submenu2 | Si considera l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 3 | Segreteria all'Organo Istituzionale Consiglio di Indirizzo e Verifica | Stesura e gestione dei verbali | Numero verbali approvati | vedi indicatori | 10,00 | 100% | 100% | | 20% | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata Sono stati redatti: n. 10 verbali | Si considera l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 4 | Gestione rapporti Ministero della Salute - Workflow della Ricerca | Caricamento flusso informativo richiesto | Rispetto delle scadenze | vedi indicatori | | | | | 15% | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata Invio delle comunicazioni WFR secondo le scadenze previste | Si considera l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| <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 | | | | | | | | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE _____
 IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO _____
 IL DIRETTORE GENERALE _____

IL VALUTATORE DI 1° Istanza _____
 IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE) _____

| *R0105000 - SOC AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO ATL | | Responsabile : Direttore Dipartimento: Dott. Di Ruscio | | | BUDGET 2021 | | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | |
|--|--------|--|---|--|---|-------------------|--|---|----------------|---------------|--|--|------------------------------------|------------------------|
| SETTORE | PROGR. | OGGETTO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Economico-finanziario</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Prevenzione e corruzione | Rispetto degli adempimenti previsti dalla Legge 24/2017 (Legge Gelli) | Messa in atto degli adempimenti previsti dalla Legge Gelli | vedi indicatore | | | | 10% | 10% | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si considera l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 2 | Predisposizione regolamenti aziendali | Revisione regolamento incarichi legali esterni | Presentazione proposta alla Direzione Generale | entro 31/12/2021 | | | | 15% | | il regolamento è stato approvato con determina del 27/12/2021 | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si considera l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 3 | Gestione sinistri | Predisposizione report sull'andamento dei sinistri | Report semestrale da presentare alla Direzione | entro 31/01/2022 | | | | 10% | 15% | documentazione pervenuta in data 31/01/2022 | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si considera l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 4 | Gestione attività contenzioso | Presa in carico dei contenziosi e avvio dell'istruttoria attività per incarichi esterni | Predisposizione bozze di determine per conferimenti incarichi | Conferimenti di tutti gli incarichi richiesti dalla Direzione | | | | 15% | 15% | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si considera l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 5 | Percorso Attuativo Certificabilità Bilanci | Rivisitazione ed Aggiornamento Pac Crediti Ricavi | Stesura del documento aggiornato | Entro il 30/11/2021 | | | | 15% | 10% | documentazione inviata dalla dr.ssa Pacenti in data 30/11/2021 | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si considera l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 6 | Campagna vaccinale | Partecipazione secondo le modalità indicate dalla Direzione Amministrativa alla campagna vaccinale | vedi azione | vedi indicatore | | | | | 20% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto si veda attestazione dr.ssa Fioravanti | Si considera l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 7 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 10% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto si veda attestazione Direzione Scientifica | Si considera l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| <i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO _____
IL DIRETTORE GENERALE _____

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA _____
IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE) _____

| *R0101500 - SOC CONTROLLO DI GESTIONE, PROGRAMMAZIONE, FLUSSI INFORMATIVI | | Responsabile : Dr. Di Ruscio Roberto Direttore Dipartimento: dr. Di Ruscio Roberto | | BUDGET 2021 | | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | |
|--|---------|---|---|---|---|-------------------|--|---|----------------|-------------------|---|--|----------------------------------|------------------------|
| SETTORE | PRO GR. | OBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Economico-finanziario</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Miglioramento comunicazione interaziendale | Messa in campo di strumenti "facilitatori" di una migliore comunicazione all'interno dell'Istituto | INRCA Talk | Avvio delle attività a partire da settembre 2021 | | | | 10% | | | obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 2 | Rafforzamento dell'identità dell'Istituto | Realizzazione di strumenti conoscitivi dell'Istituto per i nuovi assunti | Presentazione proposta alla Direzione Aziendale Realizzazione della proposta presentata | Presentazione proposta entro 31 luglio 2021. Realizzazione della proposta approvata dalla Direzione entro il 31 dicembre 2021. | | | | 10% | 15% | Documentazione inviata in data 30/07/2021 | obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 3 | Campagna vaccinale | Partecipazione secondo le modalità indicate dalla Direzione Amministrativa alla campagna vaccinale | vedi azione | vedi indicatore | | | | | 20% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | obiettivo raggiunto si veda attestazione dr.ssa Fioravanti | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 4 | Monitoraggio attività | Monitoraggio trimestrale obiettivi regionali di cui DGR 511/2021 da realizzare congiuntamente alla DMPO | Invio report trimestrale alla Direzione Sanitaria | Entro 45 gg dalla conclusione del trimestre | | | | 10% | 10% | Il report relativo al secondo trimestre è stato inviato in data 10/08/2021 | obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 5 | Riattivazione Riabilitazione INRCA Casatenovo | Presentazione e attuazione gantt per la riapertura della riabilitazione con attività del gruppo di lavoro coordinato da DS e DA con la presenza di UO Aru, Area Infermieristica e Riabilitativa, DAPO, Ufficio Tecnico e Cogest | Presentazione e attuazione gantt di attività | attivazione entro 01/09/2021 | | | | 10% | | Come da comunicazione allegata, la Riabilitazione è stata riattivata in data 31/08/2021 | obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 6 | Attivazione Cruscotto aziendale | Completamento delle analisi e declinazione puntuale della tipologia di indicatori da inserire nel cruscotto concordato con la Direzione | Cruscotto aziendale | Avvio parziale entro 31 luglio 2021 Completamento entro 30 novembre 2021 | | | | 15% | 5% | Il cruscotto è stato presentato alle Direzioni in data 29/07/2021. | obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 7 | Rafforzamento dell'identità aziendale | Miglioramento del presidio e della gestione delle attività nei Presidi fuori Regione Marche | Missioni presso il presidio di Cosenza e presso il Presidio di Casatenovo | 2 a Casatenovo/Merate 2 a Cosenza | | | | 10% | | | obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 8 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 10% | 20% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto si veda attestazione Direzione Scientifica | Si ritiene l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| <i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE GENERALE

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA

IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE)

| *R0101000 - PO SEGRETERIA DELLA DIREZIONE | | BUDGET 2021 | | | | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | |
|--|---------|--|--|--|---|-------------------|--|---|----------------|-------------------|--|--|------------------------------------|------------------------|
| SETTORE | PRO GR. | OBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARATO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Economico-finanziaria</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Prevenzione della corruzione e trasparenza | Rispetto e assolvimento di tutte le attività previste dal piano della trasparenza ed anticorruzione (determina n. 114/DGEN del 31.03.2021) per la Segreteria della Direzione Generale e per la Segreteria dell'OIV | Aggiornamento e pubblicazione di tutte le informazioni richieste nel rispetto delle scadenze definite | pubblicazione sul sito al link Amministrazione Trasparente | | | | | 20% | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si considera l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 2 | Campagna vaccinale Covid-19 | Supporto all'attività di front-office e di back-office per la campagna vaccinale Covid-19 | Organizzazione e pianificazione della disponibilità per garantire le attività di front-office e di back-office | Presenza media di almeno 1 giorno a settimana alle attività di front-office e di back-office | | | | | 20% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | obiettivo raggiunto si veda attestazione dr.ssa Fioravanti | Si considera l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 3 | Rapporti interni tra la Direzione e il Collegio di Direzione | Gestione della procedura per le convocazioni ed adempimenti successivi del Collegio di Direzione | Predisposizione convocazione e verbali del Collegio di Direzione | Trasmissione della convocazione, invio del verbale debitamente sottoscritto | | | | | 15% | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si considera l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| | 4 | Rapporti tra Direzione Generale, OIV e Controllo di Gestione | Gestione della procedura per le convocazioni ed adempimenti successivi dell'OIV | Supporto alla predisposizione della convocazione e dei verbali dell'OIV | Trasmissione della convocazione all'Oiv, invio del verbale debitamente sottoscritto alla Direzione Generale | | | | | 15% | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si considera l'obiettivo raggiunto | obiettivo raggiunto |
| <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 | | | | | | | | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE _____
 IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO _____
 IL DIRETTORE GENERALE _____

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA _____
 IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE) _____

| 'R0101700 - SOSP FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE | | Responsabile : Dott.ssa Pacenti Direttore Dipartimento: Dott. Di Ruscio | | BUDGET 2021 | | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | |
|--|--|--|---|---|--|----------------------|--|--|-------------------|-------------------|--|---|--|---------------------------|
| SETTORE | PRO GR. | OBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIM ENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIM ENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Economico-finanziario</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Miglioramento comunicazione interaziendale | Messa in campo di strumenti "facilitatori" di una migliore comunicazione all'interno dell'Istituto | INRCA Talk | Avvio delle attività a partire da settembre 2021 | | | | 5% | | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 2 | Rafforzamento dell'identità dell'Istituto | Realizzazione di strumenti conoscitivi dell'Istituto per i nuovi assunti | Presentazione proposta alla Direzione Aziendale Realizzazione della proposta presentata | Presentazione proposta entro 31 luglio 2021. Realizzazione della proposta approvata dalla Direzione entro il 31 dicembre 2021. | | | | 10% | 15% | Documentazione inviata dal dr. Di Ruscio a nome del GdL in data 30/07/2021 | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 3 | Implementazione e sviluppo dei rapporti interaziendali | Regolamento tirocini e frequenze volontarie | Proposta regolamento | entro il 30/11/2021 | | | | 10% | | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 4 | Sviluppo formazione ai sensi del decreto 81 | Elaborazione Progetto formativo | Elaborazione del progetto formativo sulla Base del fabbisogno individuato dal RSPP | vedi indicatore | | | | 10% | 15% | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 5 | Piano delle azioni positive | Condivisione risultati dell'indagine di clima organizzativo del 2019 per porre in essere azioni correttive e / o celebrazione delle buone pratiche organizzative | Presentazione dell'indagine all'interno dell'INRCA Talk | vedi indicatore | | | | 10% | 15% | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 7 | Ridefinizione del Piano della comunicazione interno ed esterno | Elaborazione di un modello comunicativo coerente con la dimensione aziendale | Elaborazione modello | Entro 31/12/2021 | | | | 10% | 10% | documentazione inviata in data 21/12/2021 | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 8 | Campagna vaccinale | Partecipazione secondo le modalità indicate dalla Direzione Amministrativa alla campagna vaccinale | vedi azione | vedi indicatore | | | | 10% | 15% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto come da relazione dr.ssa Fioravanti | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 9 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 10% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| <i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE _____
 IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO _____
 IL DIRETTORE GENERALE _____

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA _____
 IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE) _____

| R0101800 - SOSD SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE E MEDICO COMPETENT | | Responsabile : Dott. Madeo Direttore Dipartimento: dott. Di Ruscio Roberto | | | BUDGET 2021 | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | | |
|--|---------|--|---|--|--|-------------------|--|---|----------------|-------------------|--|--|--|------------------------|
| SETTORE | PRO GR. | OBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Economico-finanziario</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Aggiornamento Valutazione Rischi per le varie sedi | Redazione DVR aggiornati | Completamento aggiornamento per il presidio di Fermo | Adozione atti entro il 31/12/2021 | | | | 20% | 15% | | La determina di adozione del DVR per il POR di Fermo è stata adottata con atto 535/DGEN del 31/12/2021 . Nel corso del 2021 è stato adottato anche il DVR per il PO di Osimo (det. 287/DGEN del 30/07/2021) | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 2 | Aggiornamento e redazione protocollo sicurezza covid-19 | Redazione del documento di aggiornamento e degli allegati. Proposta di determina | Condivisone con RLS e MC | Proposta determina entro il 31/07/2021 | | | | 20% | 15% | determina approvata in data 3/08/2021 | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 3 | Implementazione sicurezza antincendio | Sviluppo formazione | Organizzazione dei corsi | Incremento di personale formato | | | | 10% | 10% | documentazione pervenuta in data 31/12/2021 | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 4 | Sviluppo formazione ai sensi del decreto 81 | Individuazione del fabbisogno formativo | Redazione degli elenchi dei partecipanti | vedi indicatore | | | | 20% | 15% | | Sono stati organizzati e gestiti i corsi di formazione per la sicurezza dei lavoratori, aggiornando l'elenco dei lavoratori formati e da formare e calibrando il fabbisogno residuo e futuro nell'ambito della redazione del PFA. (vedi relativo atto) | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 5 | Campagna vaccinale | Partecipazione secondo le modalità indicate dalla Direzione Amministrativa alla campagna vaccinale | vedi azione | vedi indicatore | | | | | 15% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto come da relazione dr.ssa Fioravanti | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 5% | | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| <i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE _____
 IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO _____
 IL DIRETTORE GENERALE _____

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA _____
 IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE) _____

| 'R0102000 - SOS UFFICIO PER LA RICERCA, L'INNOVAZIONE ED IL TRASFERIMENTO TECNOLOGICO | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------|--|---|--|--|-------------------|--|---|----------------|---------------|--|---|--|------------------------|
| Responsabile : dr.ssa Bustacchini Direttore Dipartimento: Dott. Di Ruscio | | | | | | | | | | | | | | |
| BUDGET 2021 | | | | | | | | | | | | | | |
| SISTEMA PREMIANTE | | | | | | | | | | | | | | |
| SETTORE | PROG. R. | OBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE 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 | Attività scientifica: Produzione scientifica | Publicazioni scientifiche | Punteggio Impact Factor | 20,00 | 35,40 | 177% | 100% | 10,0% | | | | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 2 | Attività scientifica: Ricerca a Progetto | Supporto metodologico all'attività scientifica dipartimentale | N. di riunioni partecipate | Almeno due | | | | 5,0% | | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 3 | Operare in rete | Contribuire per quanto di competenza alle attività scientifica | Partecipazione al management delle attività scientifiche dell'Istituto e della Rete Ageing | report finale | | | | 10,0% | | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 4 | Formazione | Organizzazione di corsi di formazione per personale medico e di ricerca | Bleprint program per lo sviluppo di competenze relative alla implementazione dei risultati di ricerca e pratica clinica Utilizzo di banche dati e sistemi bibliometrici | Report entro Dicembre 2021 | | | | 10% | 10% | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 5 | Attrezzature/ Facilities | Supporto allo sviluppo ed implementazione di piani di attività scientifica per l'utilizzo della Biobanca | Supporto alla presentazione ed implementazione di idee progettuali nell'ambito della ricerca biomedica per l'utilizzo della Biobanca | Report sullo stato dell'arte entro dicembre 2021 | | | | 10% | 20% | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 6 | Rafforzamento dell'identità d'Istituto | Realizzazione di strumenti conoscitivi dell'Istituto per i nuovi assunti | Presentazione proposta alla Direzione aziendale. Realizzazione della proposta presentata | Presentazione proposta entro 31 luglio 2021 Realizzazione proposta approvata dalla Direzione entro 31 dicembre 2021 | | | | 10% | 10% | Documentazione inviata dal dr. Di Ruscio a nome del GdL in data 30/07/2021 | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 7 | Miglioramento Comunicazione intraziendale | Messa in campo di strumenti "facilitatori" di una migliore comunicazione all'interno dell'Istituto | Inrca Talk | Avvio delle attività a partire da settembre 2021 | | | | 5% | 10% | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| | 8 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 15% | 20% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | obiettivo raggiunto |
| Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | | | | | | |

IL RESPONSABILE _____
 IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO _____
 IL DIRETTORE GENERALE _____

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA _____
 IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE) _____

| R0102500 - SOST | | Responsabile : Ing. Rossi | | BUDGET 2021 | | | | | | | SISTEMA PREMIANTE | | | |
|--|--------|--|---|--|--|-------------------|--|---|----------------|---------------|--|---|--|------------------------|
| MODELLI ASSISTENZIALI | | Direttore Dipartimento: Dott. Di | | | | | | | | | | | | |
| E NUOVE TECNOLOGIE | | Ruscio | | | | | | | | | | | | |
| SETTORE | PROGR. | OBIETTIVO | AZIONI | INDICATORE | VALORE OBIETTIVO | VALORE CONSUNTIVO | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI | % LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA | PESO DIRIGENZA | PESO COMPARTO | NOTE CONTROLLO DI GESTIONE | VALUTAZIONE CdR | VALUTAZIONE 1° ISTANZA | VALUTAZIONE 2° ISTANZA |
| <i>Economico-finanziario</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| <i>Prospettiva dell'utenza e stakehold</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Produzione scientifica | Incremento della produzione scientifica | Punteggio IF | 12,00 | 35,60 | 297% | 100% | 15% | | | Obiettivo raggiunto | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 2 | Operare in rete | Contribuire per quanto di competenza alle attività scientifica | Partecipazione al management delle attività scientifiche dell'Istituto e della Rete Ageing | report finale | | | | 10% | | | Collaborazione al progetto SiRI e Promising vedi report inviato alla direzione | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 3 | Trasferimento tecnologico | Partecipazione al gruppo di lavoro ministeriale e valorizzazione del portfolio brevetti | Avvio attività valorizzazione brevetti | report finale | | | | 15% | 15% | | Partecipazione alle call del gruppo di lavoro e attivazione di ocnatti per la valorizzazione dei brevetti. Vedi report inviato alal direzione | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 4 | Miglioramento Comunicazione intraziendale | Messa in campo di strumenti "facilitatori" di una migliore comunicazione all'interno dell'Istituto | Inrca Talk | Avvio delle attività a partire da settembre 2021 | | | | 10% | 15% | | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 5 | Rafforzamento dell'identità d'Istituto | Realizzazione di strumenti conoscitivi dell'Istituto per i nuovi assunti | Presentazione proposta alla Direzione aziendale. Realizzazione della proposta presentata | Presentazione proposta entro 31 luglio 2021 Realizzazione proposta approvata dalla Direzione entro 31 dicembre 2021 | | | | 10% | 15% | Documentazione inviata dal dr. Di Ruscio a nome del GdL in data 30/07/2021 | Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| | 6 | Conferma riconoscimento del carattere scientifico | Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute | Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione. | Report sull'attività svolta | | | | 15% | 25% | Documentazione presente nella cartella "Obt trasversali" | Obiettivo raggiunto. Si veda attestazione Direzione Scientifica | Si conferma il raggiungimento dell'obiettivo | Obiettivo raggiunto |
| <i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi | | | | | | | 25% | 30% | | | | |

IL RESPONSABILE

IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE GENERALE

IL VALUTATORE DI 1° ISTANZA

IL RESPONSABILE DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE)