

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 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 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	Pubblicazione 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. Giocchetti Direttore Dipartimento: dr. DeIbellio			BUDGET 2021					SISTEMA PREMIANTE				
SETTORE	PRD. GL.	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 UOOSD 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'UOOSD 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
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)														
	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
Prospettiva dell'utenza e stakeholder														
	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	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
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi 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)

R3613000 - SOC ODONTOSTOMATOLOGIA AN		Responsabile : Prof Procaccini Direttore Dipartimento: dr. DeIabellla		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.	OBIETTIVO	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. 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 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	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBBIETTIVO	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. 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					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%	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%	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.	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 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	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 perfunzionale 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					2,0%		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%	100%	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 - PNEUMOLOGO 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 OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% 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 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 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 UOOC 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 UOOC 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 UOOC 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 cordimento 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%				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.	OBIETTIVO	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						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						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						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						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						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						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						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						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						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						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						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)						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						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						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						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						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							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	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.	OBBIETTIVO	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. Predisposizione 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	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	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 UUOO 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 RAGGIUNTO OBIETTIVI IN TERMINI EFFETTIVI	% LIVELLO DI RAGGIUNTO 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 AX		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 veda documentazione allegata	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 stadiazione 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 Radiodiagnostica Interventistica al Comitato Etico		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 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							
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 RAGGIUNGIM ENTO OBIETTIVI IN	% LIVELLO DI RAGGIUNGIM ENTO AI FINI DEL SISTEMA	PESO DIRIGENZA	PESO COMPART O	RISORSE AGGIUNTI VE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>															
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>	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	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)

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.	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>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												

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.	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	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												

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. Caronello 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	Pubbliazione 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.	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	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
		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 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	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>													
	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 complete) 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 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 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%		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) _____

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
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)														
	1	Dimissioni protette	Aumento attività assistenziali per appropriata 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, 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				10,0%	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
Prospettiva dell'utenza e stakeholder														
	11	Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	IFM		6	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
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) _____

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.	OBBIETTIVO	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 VD	% 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 Palemi Direttore Dipartimento: dr.ssa Nardi			BUDGET 2021					SISTEMA PREMIANTE					
SETTORE	PRO GR.	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 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%			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%		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%		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%			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 AMMINISTRAZION E 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 OPERE DATAMONIC 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 CDR	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 esecuti 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	Verballi degli incontri	vedi indicatore					20%		Obiettivo raggiunto come da documentazione allegata Sono stati redatti: 3 verbali di Assemblea, 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	Condivisione 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) _____

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 volorizzaoen 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) _____