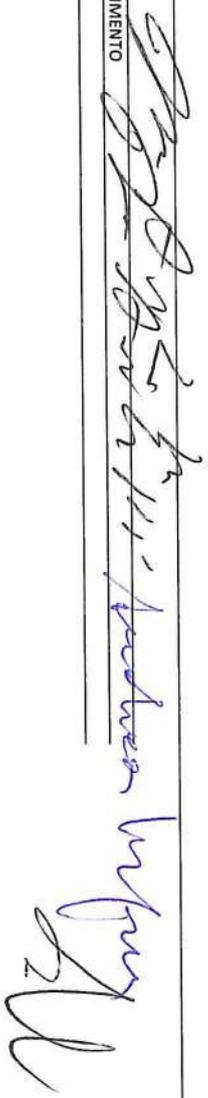


DIPARTIMENTO GERIATRICO AD INDIRIZZO MEDICO

93610100 - SOC CARDIOLOGIA /UNIC/TELECA RADIOLOGIA AN	Responsabile : Dr. Antoncelli Direttore Dipartimento: dr. Antoncelli		BUDGET 2021	
---	---	--	-------------	--

SETTORE	PROG	PROG R	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO
Processi Interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)								
	1		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) Avvio dell'ambulatorio integrato 2) Numero pazienti	1) Entro il 30 giugno 2021 2) Almeno 30 pazienti in follow up integrato	10,0%	
	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 Ostimo e PPI Ancona	Vedi indicatore entro 31/10/2021	5,0%	20%
	3		Prese in carico pazienti piede diabetico	Partecipazione alla prese in carico dei pazienti del Piede Diabetico	Definizione di un percorso di presa in carico del paziente in collaborazione con le UOOC Medicina Riabilitativa, Neurologia, Geriatria, Neurologia, Chirurgia, Radiologia	Entro il 30/09/2021	10,0%	
	4		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	10,0%	
	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%	
	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. rinvio a pazienti che non sono immediatamente dimissibili a domicilio non per ragioni di competenza clinica (elemente con gravi disturbi comportamentali/pazienti terminalizzati/sedili)	Elaborazione protocollo comune dipartimentale	Report entro il 31/12/2021	10,0%	
	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/cardiacca/renale), finalizzato a predisporre percorsi comuni a tutte le UOOC del Dipartimento	Elaborazione protocollo	Entro il 31/12/2021	10,0%	
	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 compilato) secondo semestre entro il 31/12/2021	25%	25%
	9		Miglioramento Organizzativo	Garantire le attività di trasporto pazienti in barilla 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%
Prospettive dell'utente e stakeholder								
	10		Area IRCCS	Avanzamento studio Reportage	Presentazione lavoro x pubblicazione	Entro il 31/12/2021	2,0%	
	11		AreaIRCCS-Capacità di operare in rete	Partecipazione alle attività delle Reti IRCCS	Partecipazione alle iniziative della Rete indicate dalla Direzione Scientifica	Report sull'attività svolta	2,0%	
	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%	
	13		Linee Ricerca Corrente	Coordinamento Linea Ricerca Corrente	Elaborazione piano strategico della Linea di Ricerca	Entro il 31/12/2021	2,0%	
	14		Produzione scientifica	Publicazione su riviste con IF	IFM		2,0%	
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

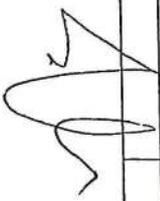


IL DIRETTORE GENERALE



78611100 - SOC NEFROLOGIA E DIALISI AN		Responsabile : Dr.ssa Lenzi Direttore Dipartimento: dr. Antoncelli		Scheda obiettivi 2021		BUDGET 2021		PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO	DIRIGENZA	COMPARTO	
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>									
1		Protocollo di prevenzione del danno renale nei pazienti 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	10,0%			
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 UUO Diabetologia, Medicina Riabilitativa, Cardiologia, Neurologia, Chirurgia, Radiologia, Geriatria	Entro il 30/09/2021	5,0%			
3		Appropriatezza di trattamento e ricovero dei pazienti che accedono da Pronto Soccorso/AGU	Protocollo per la gestione di pazienti che accedono dal Pronto Soccorso/AGU finalizzato a predisporre percorsi comuni a tutte le UUO 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	Entro il 31/12/2021	5,0%			
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 (respiratorio/cardiac/renale), finalizzato a predisporre percorsi comuni a tutte le UUO del Dipartimento.	Elaborazione protocollo	Entro il 31/12/2021	5,0%			
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%		10,0%	
6		Percorso paziente covid	Gestione del paziente covid attraverso trattamento e riabilitazione	Relazione sull'attività svolta	Invio della relazione alla DMPO e approvazione da parte di quest'ultima	10,0%		10,0%	
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 Anestesi Anestesi, UO Neurologia	vedi indicatore entro 31/10/2021	5,0%		20,0%	
8		Protocollo per la gestione da remoto dei pazienti in dialisi peritoneale domiciliata 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) 30/05/2021 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%			
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%			
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 completa) secondo semestre entro il 31/12/2021	20,0%			
11		Miglioramento Organizzativo	Garantire le attività di trasporto pazienti in barella e carrozzina da e per Interno Unità Operative - Servizi ambulatoriali specializzati 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%			
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>									
12		Area IRCCS	Avanzamento studio Reportage	presentazione lavoro x pubblicazione	Entro il 31/12/2021	2,5%			
13		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	2,5%			
14		Produzione scientifica	pubblicazione su riviste con IF	IFM		4			
<i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i>									
Scheda di valutazione Individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi									
						45,0%		30,0%	

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE



RS610600 - SOG NEUROLOGIA/CENTRO ALZHEIMER / STROKE UNITARI Responsabile: **Dr. Pellicioni**
Direttore Dipartimento: **Dr. Antoncelli**

SETTORE	PROGR	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	
Processi Interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	1	Implementazione del Percorso diagnostico per i disturbi disfunzionali del pavimento pelvico tra le UOOC 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	5,0%	5,0%	
	2	Presi in carico pazienti pleche diabetiche	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 Diabetologia, Nefrologia, Cardiologia, Medicina Riabilitativa, Chirurgia, Radiologia, Geriatria	Entro il 30/09/2021	5,0%		
	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 confermata 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'avenuta esecuzione e registrazione di testistica psicometrica e trattamenti non farmacologici (terapia occupazionale e training disturbi cognitivi collettivi)	Report entro il 31/12/2021	10,0%	5,0%
	4	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali. Appropriata cura 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	Report entro il 31/12/2021		10,0%	
	5	Percorso di formazione e analisi fattibilità e appropriatezza TC encefalo perfusionale o RM DWI nella diagnosi 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 TSM, Neurologi, Radiologi	2 incontri entro Luglio 2021		10,0%	
	6	Stesura Procedura Prevenzione Suicidio (raccomandazione 4)	Stesura Procedura Raccomandazione 4	Stesura Procedura	Vedi indicatore entro 31/12/2021		5,0%	10,0%
	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'infettivologa dell'istituto	1) Avvio dell'ambulatorio integrato 2) Numero pazienti	1) Entro il 30 giugno 2021 2) Almeno 30 pazienti in follow up integrato		10,0%	
	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%
	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 30/05/2021 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 (Check list complete) secondo semestre entro il 31/12/2021		20,0%	
	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.	Redazione indicazioni operative e invio DMO entro 30.6.2021. Sperimentazione e attuazione delle modalità operative definite entro il 30/09/2021			20,0%
	Prospettiva dell'utenza e stakeholder							
		11	Area IRCCS	Avanzamento studio Reportage	Presentazione lavoro a pubblicazione	Entro il 31/12/2021	2,0%	
		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%	
		13	AreaIRCCS-Capacità di operare in rete	Partecipazione alle attività delle reti IRCCS	Partecipazione alle iniziative della Rete indicate dalla Direzione Scientifica	Report sull'attività svolta	2,0%	
		14	Linee Ricerca Corrente	Coordinamento Linea Ricerca Corrente	Elaborazione piano strategico della Linea di Ricerca	Entro il 31/12/2021	2,0%	
	15	Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	IFM		25,0%	30,0%	

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE




PROGETTO		OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	
<p style="text-align: right;">Schema quadriennale 2021</p> <p style="text-align: center;">BUDGET 2021</p>								
PROG. 055 Processi interni (in termini quantitativi di efficienza, appropriatezza e qualità)		1 Miglioramento qualità assistenza e processi assistenziali	Adattare il modello di assistenza "Age Friendly" al Punto di Primo Intervento ed al reparto di geriatria	Definizione di un progetto operativo e sua implementazione	Stesura Progetto entro il 30 settembre 2021, implementazione dal 31 dicembre 2021	5,0%		
		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. riferiti a pazienti che non sono immediatamente dimessi al domicilio non per ragioni di competenza clinica (pazienti terminali/casi sociali)	Elaborazione protocollo comune dipartimentale	Report entro 31/12/2021	5,0%		
		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 Diabetologia, Metabolologia, Cardiologia, Neurologia, Chirurgia, Radiologia, Medicina Riabilitativa	Entro il 30/09/2021	5,0%		
		4 Percorso follow up covid - definizione piano riabilitativo del paziente	Aggiornamento del documento di follow up sul piano riabilitativo a cui sottoporre il paziente	vedi azione	Aggiornamento documento entro il 30/06/2021	15,0%		
		5 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 aggiornate la facc. 19/18/17 anche attraverso operatività del SIS	Produzione Documento aggiornato tramite gruppo di miglioramento con FARMACIA, DM1, Geriatria Anziana, Farmo e Geneta, Medicina Olimpia, Pneumologia Casertano e Orlino, Nutrizione Clinica (per la sola facc. 19), Orliniana (per la sola raccomandazione 10)	vedi indicatore entro 31/10/2021	5,0%	5%	
		6 Percorso paziente covid	Gestione del paziente covid attraverso trattamento e riabilitazione	Relazione sull'attività svolta	Invio della relazione alla DMPO e approvazione da parte di quest'ultima	10,0%	10%	
		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 Spm, UO Emergenza Orlino, PPI Ancona	vedi indicatore entro il 31/12/2021	5,0%	10%	
		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 Orlino e PPI Ancona	vedi indicatore entro 31/10/2021	5,0%	10%	
		9 Stesura Procedura Raccomandazione 15 Corretta attribuzione triage	Stesura Procedura Raccomandazione 15 Corretta attribuzione triage	Stesura procedura tramite gruppo di miglioramento con UO Emergenza Orlino e PPI Ancona	vedi indicatore entro il 31/12/2021	5,0%	10%	
		10 Miglioramento qualità assistenza e processi assistenziali	Miglioramento qualità assistenza e processi assistenziali che accedono dal Pronto Soccorso/AGU con insufficienza d'organo (respiratorio/cardiocircolatorio/frenali), finalizzato a predisporre percorsi comuni a tutte le UUOO del Dipartimento ed a creare sinergie	Elaborazione protocollo comune dipartimentale	Report entro 31/12/2021	5,0%		
		11 Miglioramento dell'assistenza	Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere	Faccile e componenti 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 dal OMS e dal Ministero, entro il 30/09/2021 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%	
		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 indicare l'insorgimento dei bisogni assistenziali-riabilitativi per favorire la presa in carico pro-attiva e migliorare l'empowerment del paziente (perizia indicata)	Redazione indicazioni operative e piano OMO entro 30-6-2021. Spesimentazione e stesura delle modalità operative definite entro il 30/09/2021		5%	
		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	Modalità Operative definite ed applicate.			10%	
Progettive dell'Intesa e Stakeholder								
		14 Area IRCCS	Arricchimento studio Raportage Sisk Uigi 2021 - Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute	Presentazione lavoro e pubblicazione	Entro il 31/12/2021	2,0%		
		15 Conferma riconoscimento del carattere scientifico	Partecipazione agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit Individuale della Direzione.	Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit Individuale della Direzione.	Report sull'attività svolta	2,0%		
		16 AreaIRCCS-Capack di operare in rete	Partecipazione alle attività delle Reti IRCCS	Partecipazione alle iniziative della Rete Indicare dalla Direzione Scientifica	Report sull'attività svolta	2,0%		
		17 Linee Ricerca Corrente	Contribuzione Linee Ricerca Corrente	Elaborazione piano strategico della Linea di Ricerca	Entro il 31/12/2021	40,00	2,0%	
		18 Produzione scientifica	Contribuzione su riviste con IF	Elaborazione piano strategico della Linea di Ricerca	Entro il 31/12/2021	40,00	25%	
		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						30%

IL RESPONSABILE
 IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
 IL DIRETTORE GENERALE




R9610900 - SOC MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA AV		Responsabile : Dr.ssa Tortato Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli		BUDGET 2021			
SETTORE	PROGR	OGGETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO
<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	numero 3 video entro il 30/09/2021	10,0%	10,0%
	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%	10,0%
	3	Presca in carico pazienti piede diabetico	Partecipazione alla presca in carico dei pazienti del Piede Diabetico	Definizione di un percorso di presca in carico del paziente in collaborazione con le UUO Medicina Riabilitativa, Nefrologia, Cardiologia, Neurologia, Chirurgia, Radiologia, Geriatria	Entro il 30/09/2021	15,0%	15,0%
	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%
	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/cardiaca/renale) e /o scompenso glicometabolico finalizzata a predisporre percorsi comuni a tutte le UUO del Dipartimento	Elaborazione e protocollo	Entro il 31/12/2021	15,0%	15,0%
	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	25,0%	25,0%
	7	Miglioramento Organizzativo	Garantire l'integrazione operativa delle risorse umane del comparto tra aree omogenee de. P.O. di Ancona Osimo, e dipartimentali di FE - CTN- CS	Presentazione di un progetto di fattibilità di integrazione a 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%	25,0%
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>							
	8	Area IRCCS	Avanzamento studio Reportage	presentazione lavoro x pubblicazione	Entro il 31/12/2021	2,5%	2,5%
	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%	2,5%
	10	Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	IFM	2,00	5,0%	30,0%
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					

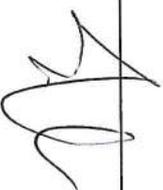
IL RESPONSABILE



IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO



IL DIRETTORE GENERALE

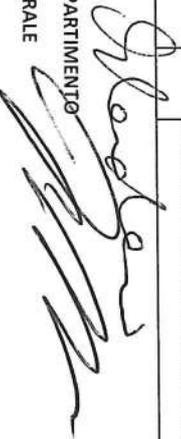
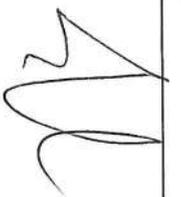


R3613100 - SOSD NUTRIZIONE CLINICA AN		Responsabile : Dr. Oriandori Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli			BUDGET 2021		PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO		
SETTORE	PROGR.	OGGETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO					
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</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%		
	2	Appropriatezza N.A.	Monitoraggio consulenze nutrizionali	relazioni semestrale contenenti indicatori di esito del trattamento da presentare alla Direzione Sanitaria	entro il 20 luglio 2021 presentazione relativa al primo semestre entro il 20 gennaio 2022 presentazione relativa al secondo semestre		20,0%			
	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%		
	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%			
	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%		
	6	Miglioramento Organizzativo	Garantire le attività di trasporto pazienti in barilla 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%		
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>										
	7	Area IRCCS	Avanzamento studio Reportage	presentazione lavoro x pubblicazione	Entro il 31/12/2021		2,5%			
	8	Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF Site Visit 2021 - Partecipazione alle	IFM			5,0%			
	9	Conferma riconoscimento del carattere scientifico	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%			
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

SETTORE	PROG.	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO
Processi inerenti (in termini quantitativi di efficienza, appropriatezza e qualità)							
	1	1- Controllo delle riacutizzazioni in pazienti affetti da BPCO afferenti all'ambulatorio di Pneumologia 2- Valutazione del miglioramento della somministrazione di farmaci in pazienti con OSAS di grado moderato-severo compliant al trattamento con CPAP	Presi in carico dei pazienti BPCO con fenotipo riacutizzatore Completazione scala di Epworth al basale e dopo 6 mesi dall'inizio del trattamento	N. riacutizzazioni ed ospedalizzazioni Riduzione del punteggio della scala di Epworth	N. <2 Score < 10	10%	10%
	2	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%	10,0%
	3	3 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 (respiratorio/cardiaci/renali), finalizzato a predisporre percorsi comuni a tutte le UO del Dipartimento ad a creare sinergie	Elaborazione protocollo comune dipartimentale	Report entro 31/12/2021	10,0%	10,0%
	4	4 Miglioramento qualità assistenza e processi assistenziali	Realizzazione di un ambulatorio integrato per i pazienti Covid per attività di follow up coordinato dalla DMFO con l'infettivologia dell'Istituto	Avvio dell'ambulatorio integrato Numero pazienti	entro il 30 giugno 2021 almeno 30 pazienti in follow up integrato	10,0%	10,0%
	5	5 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 raggiungendo la Rac. 19/18/17 anche attraverso operatività del SIS	Produzione Documento tramite gruppo di miglioramento con UO Cardiologia, UO Pneumologia, UO Emergenza Osimo e PPI Ancona	vedi indicatore entro 31/10/2021	10%	5%
	6	6 Stesura Procedura trasporti (Raccomandazione SIS)	Stesura Procedura Raccomandazione 11	Produzione Documento tramite gruppo di miglioramento con UO Cardiologia, UO Emergenza Osimo e PPI Ancona	vedi indicatore entro 31/10/2021	5%	5%
	7	7 Stesura Procedura trasporti (Raccomandazione SIS)	Stesura Procedura Raccomandazione 11	Produzione Documento tramite gruppo di miglioramento con UO Cardiologia, UO Emergenza Osimo e PPI Ancona	vedi indicatore entro 31/10/2021	5%	5%
	8	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	20%	20%
	9	9 Miglioramento Organizzativo	Garantire le attività di trasporto pazienti in barilla e carrozzina da e per l'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.	avvio e sperimentazione del progetto da Ottobre a Dicembre N. Turni /Prestazioni integrate	20%	20%
	10	10 Miglioramento Organizzativo	Garantire l'integrazione operativa delle risorse umane del comparto tra aree omogenee da P.O. di Ancona Osimo, o dipartimentali di PE - CTN - CS pneumologia dell'inziano	Presentazione di un progetto di integrazione avvio del progetto entro 30 Settembre	avvio e sperimentazione del progetto da Ottobre a Dicembre N. Turni /Prestazioni integrate	20%	20%
	11	11 Area IRCCS	Piano d'azione per lo sviluppo dell'attività scientifica sul tema della pneumologia dell'inziano	Presentazione piano di azione	Entro il 31/12/2021	10%	10%
Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							
Sviluppo e innovazione dei processi							

IL RESPONSABILE

IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE GENERALE

Controllo di Gestione

02/09/2021

BUDGET 2021

7851000 - MEDICINA GENERALE ORMO		Responsabile: Dr. Guralini Direttore Dipartimento: Dr. Antonelli			BUDGET 2021		PESO DIRETTORIA O COMPART	
SETTORE	PRODOTTO	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRETTORIA O COMPART	PESO DIRETTORIA O COMPART	PESO COMPART
Processi interni (in termini quantitativi di efficienza, produttività e qualità)								
1	Miglioramento qualità assistenza e processi assistenziali		Praticelli per la gestione (ora ed extra) ospedataria di pazienti (anche penitenti) dimissionati che accedono dal Pronto Soccorso/ADG con insufficienza d'organo (respiratori/ventilatori/renali), finalizzato a prediligere percorsi comuni a tutte le UO del Dipartimento ed a creare sinergie	Elaborazione protocollo comune dipartimentale	Report entro 31.12.2021	5,0%		5,0%
2	Miglioramento qualità assistenza e processi assistenziali		Protocollo per la gestione di pazienti che accedono dal Pronto Soccorso/ADG finalizzato a prediligere percorsi comuni a tutte le UO del Dip. Med. riferito a pazienti che non sono immediatamente dimissionabili a domicilio non per ragioni di competenza clinica (pazienti terminalizzati ecc.)	Elaborazione protocollo comune dipartimentale	Report entro 31.12.2021	5,0%		5,0%
3	Addebiendo a rete di terzisti tradizionali per la gestione del saluto e delle trattative in regime ambulatoriale attiva sul Dip. Med. (ESL) MEDICO		Formalizzazione del percorso e messa a disposizione dell'ambulatorio nella sede di Olmo per esecuzione di saluterapi ed emodialisi	Report trimestrale dell'attività	Almeno 50 saluterapi	5,0%		5,0%
4	Attivazione di UN interposto per riduzione di protesi/impiego e (UD/ROSTI) in parti con AOP o SSP, in collaborazione con la UO di Dermatologia, Prato diabetico e Chirurgia Vascolare		Formalizzazione del percorso; Attivazione monitoraggio delle applicazioni dei percorsi	Report di monitoraggio dell'applicazione dei percorsi	Almeno di 10 pazienti nel 2021	5,0%		5,0%
5	Percorso Ambulatoriale di follow up Covid		Realizzazione di un ambulatorio integrato per i pazienti Covid per attività di follow up coordinato dalla DMIO con l'Intervista di riferimento	1) Avvio dell'ambulatorio integrato 2) Numero pazienti	1) Entro il 30 giugno 2021 2) Almeno 30 pazienti in follow up integrato	10,0%		10,0%
6	Aggiornamento Procedura di istruzione Gastone Farmaci (contenente già raccomandazione 1, 2, 10, 12) e aggiunta delle raccomandazione 17/18/19 (in utilizzo anno per implementazioni R5)		Aggiornamento del documento ed inserimento indicazioni aggiornando la Racc. 19/18/17 anche attraverso operabilità del SIS	Produzione Documento aggiornato tramite gruppo di lavoro con Farmacia, DM, Guardia Ambul., Fermo e Caserta, Medicina Olmo, Pneumologia Casalpino e Olmo, Nutrizione Clinica (per la sala Racc. 19), Odontoiatria (per la sala rasoio) ecc.	Vedi indicatore entro 31/10/2021	5,0%		5,0%
7	Percorso del paziente con emorragia digestiva, con particolare riguardo ai pazienti in trattamento con DOAC		Collaborazione tra UO Medicina Interna ed Endoscopia digestiva Opedec di Olmo per la diagnosi e la terapia	Attualizzare protocollo	Almeno 15 pazienti	5,0%		5,0%
8	Protocollo per procedura di miglioraggio endoscopico in apparecchiature endoscopiche e dispositivi medici		Stesura e applicazione del protocollo per i apparecchiature endoscopiche Definizione dell'organizzazione di un ambulatorio unico tra Ancona e Olmo e avvio delle attività	1) Stesura protocollo 2) Almeno 2 controlli	1) Protocollo entro 30/09/2021 2) Vedi indicatore per protocolli	5,0%		5,0%
9	Ambulatorio Mid		Definizione di un percorso per il trattamento dei pt con teplid	Presentazione del piano organizzativo e avvio delle attività	Piano entro 30/09/2021 e avvio delle attività	5,0%		5,0%
10	Percorso Sepsi		Stesura e applicazione del protocollo per i apparecchiature endoscopiche Definizione dell'organizzazione di un ambulatorio unico tra Ancona e Olmo e avvio delle attività	Stesura Percorso che preveda il coinvolgimento di tutte le UO del Prato diabetico di Olmo (Radiologia, Laboratorio Analisi e ES)	Entro il 30/09/2021	5,0%		5,0%
11	Aggiornamento Procedure per Raccomandazione Stralunale		Aggiornamento Procedure 5	Produzione Documento aggiornato tramite gruppo di lavoro con UO Medicina Olmo, UO Geriatria Fermo, UO Anestesi Ancona, UO Neurologia	Vedi indicatore entro 31/10/2021	5,0%		5,0%
12	Ambulatorio Mid		Realizzare protocollo esistente con UO Gastroenterologia per accoglimento PDPA Regionale	1) Raccomandazione del protocollo 2) Attivazione ambulatorio	1) Inseguimento PDPA entro 30/09/2021 2) Avvio ambulatorio dal mese di ottobre 2021	5,0%		5,0%
13	Miglioramento dell'assistenza		Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere	Realizzare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e consigli	1) Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dal TMS e dal Ministero, entro il 30/06/2021 2) Percorso di verifica e rilevazione dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dal TMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di riferimento Applicazione mensile come da strumenti e metodi (Check list completati) secondo semestri entro il 31/12/2021	15%		15%
14	Miglioramento Organizzativo		Garantire la attività di trasferta pazienti in barile e curato in da o per il Pronto Soccorso Operative - Servizi ambulatoriali specializzati in tutti i casi accessi corpo strutturale	Ridurre indicazioni operative emendive di Unità Operative per definire criteri organizzativi di Unità Operative per la gestione del trasporto interno. Modelli Operative definite ed applicate.	Redazione indicazioni operative e loro DMIO entro 30-04-2021. Presentazione e attuazione delle modalità operative definite entro il 30/09/2021	15%		15%
15	Miglioramento Organizzativo		Garantire l'integrità operativa delle risorse umane del comparto tra aree omnespce de. P.O. di Ancona Ormo, o dipartimentali di R.E. - CTR - CS	Presentazione di un progetto di fattibilità di integrazione avvio del progetto entro 30 settembre	Presentazione del progetto entro luglio 2021. Avvio e implementazione del progetto da Ottobre a Dicembre N. Turni praticati ed integrate	20%		20%
Progettazione di percorsi e indicatori			Formalizzazione percorsi e attivazione monitoraggio	Report del monitoraggio dell'applicazione dei percorsi	Almeno 30 pazienti nel 2021	5%		5%
Sviluppo e implementazione dei processi produttivi e amministrativi			Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi			25%		30%

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE

[Signature]

[Signature]

[Signature]

PASTRO - EMERGENZA URGENZA OSMO		Responsabile : Dr. Pansoni Direttore Dipartimento: dr. Antonelli		BUDGET 2021		PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	MISURE AGGIUNTIVE	NOTE
SETTORE	OGGETTO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO					
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, equità/trasparenza e qualità)									
	Miglioramento qualità assistenza e processi assistenziali	Protocollo per la gestione di pazienti che accedono dal Pronto Soccorso/ADU finalizzato a predispore 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%			
	Miglioramento qualità assistenza e processi assistenziali	Protocolli per la gestione intra ed extra ospedaliera di pazienti (anche potenzialmente dimissibili) che accedono dal Pronto Soccorso/ADU con insufficienza d'organo (respiratori/cardiaci/renale), finalizzato a predispore percorsi comuni a tutte le UOOD del Dipartimento ed a creare sinergie	Applicazione del percorso ai pazienti che accedono al PS con traumatologia ortopedica minore	Report entro 31.12.2021	Almeno l'80% dei pazienti che accedono al PS a partire dal mese di giugno	10%			
	Facilitazione dell'accesso alle prestazioni urgenti di specialista ambulatoriale e contenimento tempi di attesa	Revisione e attuazione percorsi fast track relativamente all'attività ortopedica ambulatoriale				10%			
	Stesura Procedura Raccomandazione 8	Stesura Procedura Raccomandazione 8 e Predisporsi corsi Formazione per Formazione dello stesso nel Piano Formazione 2022	Stesura Procedura e Predisporsi corso Formazione specifico	vedi Indicatore entro il 30/11/2021		10%			
	Stesura Procedura Corretta attribuzione triage (Raccomandazione 15)	Stesura Procedura Raccomandazione 15	Elaborazione documento sui parametri di appropriatezza alle procedure trasfuzionali	vedi Indicatore entro 31/12/2021	Entro il 30/06/2021	10%			
	Integrazione ospedale territorio e continuità dell'assistenza	Integrazione ospedale territorio e continuità dell'assistenza				5%			
	Miglioramento qualità assistenziale	Tempestività nella 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 95% codice arancione 80% codice azzurro 70% codice verde	10%		15%	
	Miglioramento dell'assistenza	Migliore 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 consiglio		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	30%			
	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%			
	Proattività dell'Università e stakeholder	Collaborazione con la UO Patologia Clinica, Università degli Studi di Ascona, per attivazione studio su Micro RNA circolanti nei pazienti con sepsi/shock settico	Report del monitoraggio dell'applicazione dei percorsi	Almeno 30 pazienti nel 2021		10%			
	Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione indicatori processi produttivi, relazionali e organizzativi	Report del monitoraggio dell'applicazione dei percorsi	Almeno 30 pazienti nel 2021		25%		30%	

IL RESPONSABILE

IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

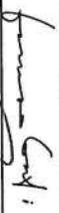
IL DIRETTORE GENERALE



Scheda obiettivi 2021

R2410300 - SOC CENTRO NEUROLOGIA DELL'INVECCHIAMENTO AN		Responsabile: Prof. Conti Direttore Dipartimento: dr. Antoncelli		BUDGET 2021		PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO
SETTORE	PRO GR.	OGGETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OGGETTIVO		
<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%
	2	Produzione scientifica	Publicazione su riviste con IF	IFM		30%	20%
	3	Emergenza Covid	Diagnostica molecolare per rilevazione di SARS-CoV-2	Partecipazione attività diagnostica molecolare	Vedi indicatore	10%	30%
	4	Attività organizzativa nazionale	Partecipazione gruppo nazionale benessere animale	Report su coinvolgimento UO	Entro 31.12.2021	10%	10%
	5	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	15%	10%
<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





DIPARTIMENTO POST ACUZIE CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA

193611000 - SOC CLINICA DI MEDICINA INTERNA E GERIATRIA AN		Responsabile: Prof. Sarzani Direttore Dipartimento: Prof. Sarzani		BUDGET 2021		PESO DIRIGENZ A	PESO COMPAR TO
SETTORE	PROGR.	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBBIETTIVO		
<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 entro il 31/12/2021, alla DMFO e approvazione da parte di quest'ultima	20,0%	10,0%
	2	Percorso Ambulatoriale di follow up Covid	Realizzazione di un ambulatorio integrato per i pazienti Covid per attività di follow up coordinato dalla DMFO con l'Intervolgista dell'Istituto	1) Avvio dell'ambulatorio integrato 2) Numero pazienti	1) Entro il 30 giugno 2021 2) Almeno 30 pazienti in follow up integrato	20,0%	
	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 FARMAAIA, CMI, Geriatria Ancona, Fermo e Cosenza, Medicina Olmo, Pneumologia Castenovo, Nutrizione Clinica (per la sola Rac. 19), Odontoiatria (per la sola raccomandazione 10)	Vedi indicatore entro 31/10/2021	15,0%	10,0%
	4	Sviluppo percorsi integrati per la medicina palliativa	Stesura documento nell'ambito di un gruppo di miglioramento con UO Cardiologia, DPA, Geriatria e servizio Dignity Care per la medicina palliativa rivolta a paziente anziano fragile con insufficienza d'organo e propedeutico per PDTA specifico	Presentazione del Documento	Entro il 31/12/2021	10,0%	
	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			10,0%
	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)			10,0%
	7	Miglioramento Organizzativo	Garantire l'integrazione operativa delle risorse umane del comparto tra aree omogenee de P.O. di Ancona Olmo, o dipartimentali di FE - CTN - CS	Presentazione di un progetto di fattibilità di integrazione avvio del progetto entro 30 settembre	1) Definizione dello strumento (cartaceo) dei metodi di verifica (numero delle prese in carico condivise nella/ 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). Presentazione del progetto entro Luglio 2021. avvio e sperimentazione del progetto da Ottobre a Dicembre N. Turni /Prestazioni Integrate		15,0%
	8	Miglioramento Organizzativo (per il solo servizio di Pneumologia)	Garantire le attività di trasporto pazienti in barella e carrozzina da e per interno Unità Operative- servizi ambulatoriali specialistici situati sullo stesso corpo strutturale	Redigere indicazioni operative condivise di Unità Operativa per definire criteri organizzativi di Unità Operativa per la gestione del trasporto interno. Modalità Operative definite ed applicate.	Redazione indicazioni operative e invio DMO entro 30-6-2021. Sperimentazione e attuazione delle modalità operative definite entro il 30/09/2021		15,0%
	9	Area RICCS	Assunzione studio Reportage Covid	Presentazione lavoro x pubblicazione	Entro il 31/12/2021	2,5%	
	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 la site visit Individuate dalla Direzione.	Report sull'attività svolta	2,5%	
	11	Produzione scientifica	Publicazione su riviste con IF	IFM	14	5,0%	
Sviluppo 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




R3610700 - SOC
MEDICINA
RIABILITATIVA AN

Responsabile : Dr- ssa D'Ambrasio
Direttore Dipartimento:

BUDGET 2021

SETTORE	PROGR	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO
<i>Processi Interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>							
	1	Presa in carico riabilitativa dei pazienti dei reparti di degenza Dip Post-Acute POR Ancona	Definizione di un percorso condiviso di presa in carico	Aggiornamento percorso, % pazienti trattati rispetto alle richieste	1) Percorso entro 30/09/2021 2) 90% dei pazienti trattati come da attestazione del Direttore UO DPA	10,0%	10%
	2	Percorso paziente covid	Gestione dei pazienti 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%	
	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) Avvio dell'ambulatorio integrato 2) Numero pazienti	1) Entro il 30 giugno 2021 2) Almeno 30 pazienti in follow up integrato	15,0%	10%
	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%	
	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 UOOC Diabetologia, Nefrologia, Cardiologia, Medicina Riabilitativa, Chirurgia, Radiologia, Geriatria	Entro il 30/09/2021	5,0%	
	6	Valorizzazione dell'habbing "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%	
	7	Condivisione multidisciplinare degli obiettivi riabilitativi dei degenzi della UO Riabilitazione da condividere con Tutele/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	10,0%	
	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 compilare) secondo semestre entro il 31/12/2021	15%	
	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 nelle 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%	
	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	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%	
	11	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%	
<i>Prospettiva dell'utente e stakeholder</i>							
	9	Area IRCCS	Avanzamento studio Reportage Covid	Presentazione lavoro x pubblicazione	Entro il 31/12/2021	2,5%	
	10	Conferma riconoscimento del carattere scientifico	Site Visit 2021 - Partecipazione alle organizzative 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 Individuare dalla Direzione.	Report sull'attività svolta	2,5%	
	11	Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	IFM		5,0%	
<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						25%	30%

73611300 - SOSP DEGENZA POST- ACUZIE AN		Responsabile : Dr. Guidi Direttore Dipartimento: Prof. Sorzani		BUDGET 2021		PESO DIRIGENZ A	PESO COMPART O		
SETTORE	PROGR.	OGGETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO				
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)									
	1	Appropriatezza Ricoveri in DPA	Revisione e applicazione procedura	1) Revisione del documento di eleggibilità del ricovero in DPA tenendo conto di quanto previsto nella delibera regionale. 2) Condivisione con le UODO Coinvolte 3) Applicazione procedura	1) e 2) Entro il 30/06/2021 3) Entro 30/09/2021	10%			
	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 propeedeutico per PDTA specifico	Presentazione del Documento	entro il 31/12/2021	10%			
	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, aziendali e non	% dei ricoveri fuori soglia su ricoveri totali	Riduzione della percentuale dei fuori soglia del 30% rispetto al 2020	15%			
	4	Presenza in carico riabilitativa dei pazienti dei reparti di degenza Dip Post-Acuzie POR Arcona	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	15%			
	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%		
	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%		
	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%		
<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. Predispesizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione.	Report sull'attività svolta	10%			
<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

Guidi
Sorzani
Guidi

79530500 - SOSS RESIDENZA SANITARIA RIABILITATIVA AP		Responsabile : <i>Dr. Giandomenica Direttore Dipartimento: Prof. Sorrenti</i>		BUDGET 2021			
SETTORE	PROGNI	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO
Processi Interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)							
	1	Approccio multidisciplinare in ambito riabilitativo	Implementazione del "PROGETTO RIABILITATIVO" all'interno della documentazione integrata riabilitativa con l'inserimento della dimissione (istoterapica in un'ottica multidisciplinare)	Entro Giugno 2021. Redazione della scheda di dimissione (istoterapica, approvazione da parte della direzione medica e implementazione provvisoria all'interno del progetto riabilitativo. Entro Settembre 2021 verifica ed eventuali revisioni della scheda. Entro Ottobre 2021 Applicazione definitiva	Presenza della scheda di dimissione (istoterapica in cartella con controllo della DMPO sul 100% delle cartelle per i ricoveri dell'ultimo trimestre	25%	
	2	Condivisione multidisciplinare degli obiettivi riabilitativi dei degeni della RSH 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	25%	
	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, RSH, Appigiano, Riabilitazione FM, AN, CS, CT	vedi indicatore entro 31/10/2021	25%	20%
	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 30/05/2021 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		50%
Prospettive dell'urgenza e stakeholder							
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

[Signature]

[Signature]

Scheda obiettivi 2021

R2410700 - CENTRO STUDI E RICERCHE ECONOMICO SOCIALI PER		Responsabile : Dr. Lamura Direttore Dipartimento: prof. Sarzani		BUDGET 2021		PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO
SETTORE	PROGR.	OGGETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OGGETTIVO		
Economico-finanziario	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	20%	
	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%
	Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità) Prospettiva dell'utenza e stakeholder						
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	3	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	15%	30%
	4	Area IRCCS-Produzione Scientifica	produzione Scientifica	IFM	30,00	20%	15%
		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				25%	30%

IL RESPONSABILE

IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE GENERALE

Provisional
[Signature]

[Signature]

DIPARTIMENTO GERIATRICO AD INDIRIZZO CHIRURGICO

78610300 - SOC UROLOGIA AN		Responsabile : Dr. Dellabellia Direttore Dipartimento: dr. Dellabellia		Scheda obiettivi 2020		BUDGET 2021	
PROG	PROG	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO
1	Trattamento con cellule mesenchimali	Acquisizione conoscenze sul trattamento con cellule mesenchimali	Aggiornamento del percorso da condividere con l'UO Diagnostica per immagini ai fini della presentazione di un progetto regionale	Relazione sulle conoscenze acquisite	Entro il 31/12/2021	10,0%	
2	Validazione e sviluppo del percorso di diagnosi e trattamento focale del CA prostatica 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 di un progetto di rimodulazione ulteriore dell'attività complessa secondo il DM70	Presentazione del progetto con aggiornamento del percorso	Entro il 30/10/2021	10,0%	
3	Sviluppo attività in coerenza al DM70 e per ulteriori categorie	Protocollo per valutare l'appropriatezza delle richieste di vista cardiologica da parte del Dipartimento Chirurgico e definire percorsi condivisi	Presentazione progetto	Elaborazione protocollo	Entro il 30/06/2021	10,0%	
4	Appropriatezza richiesta visita Cardiologica pre-operatoria	Riduzione di un progetto di rimodulazione ulteriore dell'attività complessa in ottica dipartimentale (UOUC 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 DMFO a partire dal mese di giugno	Entro il 31/12/2021	10,0%	
5	Sviluppo programmazione attività sala operatoria per rodici priorità	1) Aggiornamento procedure relative alle raccomandazioni 2 e 3 anche attraverso funzionalità fisse, IV compresi l'approvigionamento e lo smaltimento dei distinfettanti. 2) Pianificazione delle attività preoperatorie 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 preoperatorie	Report da inviare mensilmente alla Direzione Sanitaria e alla DMFO a partire dal mese di giugno	Vedi indicatore entro 30/11/2021	15,0%	30,0%
6	Aggiornamento Procedure in Blocco Operatorio (Raccomandazioni 3 e 2)	1) Aggiornamento procedure relative alle raccomandazioni 2 e 3 anche attraverso funzionalità fisse, IV compresi l'approvigionamento e lo smaltimento dei distinfettanti. 2) Pianificazione delle attività preoperatorie 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 preoperatorie	Report da inviare mensilmente alla Direzione Sanitaria e alla DMFO a partire dal mese di giugno	Vedi indicatore entro 30/11/2021	15,0%	30,0%
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	Redazione indicatori operative e Invio DMFO entro 30-6-2021. Sperimentazione e attuazione delle modalità operative definite entro il 30/09/2021	Redazione indicatori operative e Invio DMFO entro 30-6-2021. Sperimentazione e attuazione delle modalità operative definite entro il 30/09/2021	15,0%	15,0%
8	Miglioramento Organizzativo	Garantire le attività di trasporto pazienti in barella e carrozzina da e per interno Unità Operative- Servizi ambulatoriali specializzati 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 indicatori operative e Invio DMFO entro 30-6-2021. Sperimentazione e attuazione delle modalità operative definite entro il 30/09/2021	Redazione indicatori operative e Invio DMFO entro 30-6-2021. Sperimentazione e attuazione delle modalità operative definite entro il 30/09/2021	15,0%	15,0%
9	Miglioramento Organizzativo	Garantire le attività di trasporto pazienti in barella e carrozzina da e per interno Unità Operative- Servizi ambulatoriali specializzati 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 indicatori operative e Invio DMFO entro 30-6-2021. Sperimentazione e attuazione delle modalità operative definite entro il 30/09/2021	Redazione indicatori operative e Invio DMFO entro 30-6-2021. Sperimentazione e attuazione delle modalità operative definite entro il 30/09/2021	15,0%	15,0%
10	Produzione scientifica	10 Pubblicazione su riviste con IF	10 Presentazione proposta progettuale per la programmazione 2021-2023 Ricerca Corrente	10 Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione.	10 Entro il 31/12	5,0%	
11	Attività scientifica	11 Presentazione proposta progettuale per la programmazione 2021-2023 Ricerca Corrente	11 Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione.	11 Report sull'attività svolta	11 Entro il 31/12	2,5%	
12	Conferma riconoscimento del carattere scientifico	12 Site Visit 2021 - Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute	12 Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione.	12 Report sull'attività svolta	12 Entro il 31/12	2,5%	
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

Dr. Dellabellia
Dr. Dellabellia
Dr. Dellabellia

Scheda obiettivi 2021

R3613900 - SOSSD GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA		Responsabile: Dr. Tarsetti Direttore Dipartimento: dr. Della Bella			BUDGET 2021		PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO
SETTORE	PROG. n.	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO			
Economico-finanziario Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)								
	1	Implementazione ambulatorio epatologico	Definizione di un protocollo interdisciplinare gestione pazienti con patologie epatiche ad eziologia virali, autoimmuni e pazienti con epatocarcinoma e ipotalamici, azatioprina	stesura protocollo n. pazienti gestiti	Entro 31/12/2021 30 Pazienti	15%	5%	
	2	Endoscopia operativa vie biliari	gestione pazienti con patologie benigne e maligne delle vie biliari e pancreatiche	n. pazienti gestiti	25 Pazienti	15%		
	3	Protocollo per procedura di monitoraggio microbiologico su apparecchiature endoscopiche e dispositivi medici	stesura e applicazione del protocollo per i apparecchiature endoscopiche	stesura protocollo almeno 2 controlli	Protocollo entro 30/09/2021 vedi indicatore per protocolli	10%	10%	
	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%	
	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%	
	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 complete) secondo semestre entro il 31/12/2021		20%	
	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%	
<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%	
<i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i>								
		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					25%	30%

[Signature]

[Signature]

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE

I.N. FABIO TARSETTI
Gastroenterologia
ed Endoscopia Digestiva
C.F. TRS.FBA.57C04.A271Q

[Signature]

PRO GR.		OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO
<p>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</p>							
1	1	postchirurgiche	1) Sorveglianza infezioni	Verifica di infezioni sui tot interventi	Numero infezioni sul totale <3/5%	15,0%	
2	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%	
3	3	Aggiornamento Procedure in Blocco Operatorio (Raccomandazioni 3 e 2)	1) Aggiornamento procedure relative alle raccomandazioni 2 e 3 anche attraverso funzionalità fissa, ivi compresi l'approvigionamento e lo smaltimento dei disinfettanti. 2) Pianificazione delle attività preoperatorie 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 preoperatorie	Vedi indicatore entro 30/11/2021	15,0%	30%
4	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	20,0%	
		Percorso Pioriasi	Condizione percorso presa in carico paziente con Pioriasi con UOSD Percorsi Integrati dermatologici	Presentazione progetto	Entro il 30/09/2021		
5	5	Miglioramento dell'assistenza ospedaliera	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%
6	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 Operative per definire criteri organizzativi di Unità Operative 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%
Prospettiva dell'utenza e stakeholder							
7	7	Attività scientifica	Presentazione proposta progettuale per la programmazione 2021-2023 Ricerca Corrente	Presentazione proposta alla Direzione Scientifica	Entro il 31/12	2,5%	
8	8	Partecipazione a Trial e studi scientifici	Partecipazione alle attività dei Trial e di studi scientifici attraverso l'arruolamento di pazienti	Numero pazienti arruolati complessivamente		5,0%	10
9	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%	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				25,0%	30%

N3610800 - SOC
DERMATOLOGIA /
CENTRO DI RICERCA
DERMATOLOGICA
GERIATRICA

Responsabile : Dr. Giacchetti
Direttore Dipartimento: dr. Dellabella

BUDGET 2021

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE

Dr. A. Giacchetti
Centro di
Ricerca Dermatologia Geriatrica
Direttore Dr. A. Giacchetti

[Signature]

Controllo di Gestione

Tel. 071 8003580-3310

R3613000 - SOC ODONTOSTOMATOLOGIA AN		Responsabile : Prof Proccoci Direttore e Dipartimento: dr. Delibekko		BUDGET 2021		PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO		
SETTORE	PROG	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBBIETTIVO				
Processi interni (in termini quantitativi di efficienza, appropriatezza e qualità)									
	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%			
	2	Miglioramento e implementazione Attività Ambulatoriale	Incremento dell'attività ambulatoriale	Incremento dell'attività rispetto all'anno precedente	>10% rispetto al 2020	15%			
	3	Aggiornamento Procedura di studio 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 Osirio, Pneumologia Casatenovo, Nutrizione Clinica (per la sola Rac. 19), Odontoiatri (per la sola raccomandazione 10)	vedi indicatore entro 31/10/2021	15%	30%		
	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%			
	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 complete) secondo semestre entro il 31/12/2021		40%		
Prospettiva dell'utenza e stakeholder		6	Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	FM	10	5%		
		7	Attività scientifica	Presentazione proposta progettuale per la programmazione 2021-2023 Ricerca Corrente	Presentazione proposta alla Direzione Scientifica	entro il 31/12	5%		
		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%		
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

Mario Proccoci
Roberto Delibekko
Antonio

73612000 - SOC CHIRURGIA GENERALE E PATOLOGIA CHIRURGICA AN		Responsabile : Dr. Boccoli Direttore Dipartimento: dr. Dellabella		BUDGET 2021		PESSO DIRIGENZA	PESSO COMPARTO
SETTORE	PROG	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO		
	R.						
	1	Chirurgia vascolare	Treatmento pazienti in elezione con aneurisma dell'aorta addominale e delle arterie iliache	N. interventi presso il POR Ancona	210	5,0%	
	2	Valorizzazione e Sviluppo competenze in Radiologia Interventistica e Vascolare	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	n incontri verbalizzati (almeno 10 /anno) Entro il 30/11/2021	5,0%	
	3	Sviluppo attività in coerenza al DM/70 e atti regionali per volumi minimi e per le categorie individuate, colecistectomia laparoscopica	Stesura linea guida condivisa	Effettuazione interventi di laparoscopia	valore atteso previsto negli obiettivi regionali	10,0%	
	4	Sviluppo attività in coerenza al DM/70 e per ulteriori categorie	Presentazione di un progetto di rimodulazione ulteriore dell'attività complessa secondo il DM/70 e anche in considerazione delle riaperture a seguito della conclusione dell'emergenza pandemica	Presentazione progetto	Entro il 30/06/2021	10,0%	
	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	N.casi per patologia di cui DM 70	Uguale o maggiore del 2019 per i casi individuati entro il 31/12/2021	5,0%	
	6	Sviluppo programmazione attività sala operatoria per codici priorità	Ridefinizione Programmazione complessiva in ottica dipartimentale (UOOC 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%	
	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	5,0%	
	8	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 UOOC Diabetologia, Nefrologia, Cardiologia, Neurologia, Medicina Riabilitativa, Radiologia, Geriatria	Entro il 30/09/2021	10,0%	
	9	Aggiornamento Manuale Sicurezza in Blocco Operatorio (comprensivo delle Raccomandazioni 3 e 2)	Aggiornamento Manuale Sicurezza in Blocco Operatorio (comprensivo delle Rac. 3 e 2) anche attraverso funzionalità SIS e IV compreso l'approvimento e lo smaltimento dei disinfettanti utilizzati	Produzione Documento aggiornato tramite gruppo di miglioramento con UO Chirurgia, UO Urologia, UOOC Anestesia Ancona e Ostino, UO Dermatologia	vedi indicatore entro 31/10/2021	5,0%	30%
	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 compilate) secondo semestre entro il 31/12/2021		20%
	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%
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%	
	13	Produzione scientifica	Publicazione su riviste con IF	IFM		5,0%	
	14	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. Predispone documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione.	Report sull'attività svolta	2,5%	30%

Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE

M. Boccoli
M. Boccoli
APM

93653140 - ANESTESIA OSIMO

Responsabile : Dr. Iuorio Direttore Dipartimento: dr. Dellabella

BUDGET 2021

SETTORE	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	
Processi Interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	1	Implementazione percorso accessi vascolari	valutazione richieste di posizionamento mantenimento volumi 2020	n richieste/n richieste valutate			
	2	Messa a regime analisi ambulatoriale	n prestazioni	99%	10,0%		
	3	Acquisizione tecnologia radiofrequenze	formalizzazione progetto	stesura progetto	uguale 2020 relaz dic 2021	5,0%	5,0%
	4	Implementazione analisi Montagnaola	ambulatorio di analisi	presentazione progetto al fine dell'apertura dell'ambulatorio nel 2022	01/12/2021	10,0%	10,0%
	5	Sviluppo programmazione attività sala operatoria per codici priorità	Ridefinizione Programmazione complessiva in ottica dipartimentale (UO/UO 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 DMPD a partire dal mese di giugno	10,0%	5,0%
	6	Aggiornamento Procedura per Raccomandazione 5 Trasfusione	Aggiornamento Procedura 5	Produzione Documento aggiornato tramite gruppo di lavoro con UO Medicina Osimo, UO Geriatria Fermo, UO Anestesia Ancona, UO Neurologia	vedi indicatore entro 31/10/2021	5,0%	10,0%
	7	Aggiornamento Manuale Sicurezza in Blocco Operatorio (comprensivo delle Raccomandazioni 3 e 2)	Aggiornamento Manuale Sicurezza in Blocco Operatorio (comprensivo delle Raccomandazioni 3 e 2) anche attraverso funzionalità SIS e ivi compreso l'approvimento e lo snaltimento dei disinfectanti utilizzati	Produzione Documento aggiornato tramite gruppo di lavoro con UO Chirurgia, UO Urologia, UO Anestesia Ancona e Osimo, UO Dermatologia	vedi indicatore entro 31/10/2021	5,0%	10,0%
	8	Stesura Procedura trasporti (Raccomandazione 11)	Stesura Procedura Raccomandazione 11	Produzione Documento tramite gruppo di miglioramento con UO/UO Anestesia, UO Cardiologia, UO Pneumologia, UO Emergenza Osimo e PPI Ancona	vedi indicatore entro 31/10/2021	5,0%	10,0%
	9	Interventi in anestesia neuroassiale toracica	Procedura sugli interventi in anestesia neuroassiale toracica	Stesura procedura	entro il 31/12	10,0%	
	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 compilate) secondo semestre entro il 31/12/2021	10,0%	
	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 Operative per definire criteri organizzativi di Unità Operativa per la gestione del trasporto interno. Modalità Operative definite ed applicate.	Redazione indicazioni operative e invio DMO entro 30-6-2021. Sperimentazione e attuazione delle modalità operative definite entro il 30/09/2021	10,0%	
	12	Miglioramento Organizzativo	Garantire l'integrazione operativa delle risorse umane del comparto tra aree omogenee dr. P.O. di Ancona Osimo, o dipartimentali di FE - CN - 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%	
	Prospettiva dell'utenza e stakeholder						
	13	Attività progetto Stars	Partecipazione alle attività di progetto	Realizzazione 2 meeting di Istituto sul tema	2 meeting entro 30/11	5,0%	
	14	Attività scientifica	Presentazione proposta progettuale per la programmazione 2021-2023 Ricerca Corrente	Presentazione report sulle attività progetto Stars	Presentazione documento entro 30/11 entro il 31/12	2,5%	
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%		
Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					25,0%	30,0%	

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE

Scheda obiettivi 2021

R2410100 - SOC CENTRO TECNOLOGIE AVANZATE DELL'INVECCHIAMENTO AN		Responsabile : Dr. Provinciali Direttore Dipartimento: dr. Dellabella		BUDGET 2021			
SETTORE	PRO GR.	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO
<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%	
	2	Emergenza Covid	Diagnostica molecolare per rilevazione di SARS-CoV-2	Partecipazione attività diagnostica molecolare	Vedi indicatore	20%	50%
	3	Linee Ricerca Corrente	Coordinamento Linea Ricerca Corrente	Elaborazione piano strategico della Linea di Ricerca	Entro il 31/12/2021	15%	10%
	4	ArealRCCS-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%
	<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>						
	5	Area scientifica	Invio articoli a riviste con IF	Punteggio IFM	50	10%	
	6	Ricerca Corrente	Coordinamento linee di ricerca	Partecipazione alla consuntivazione RC anno 2020 e programmazione 2021-23- Rete IRCCS Invecchiamento	Presentazione di Reports - Programmazione	15%	
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

Provinciali
Dellabella
...

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI, LABORATORI CLINICI E DI RICERCA

SETTORE	PR OG R	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO		
Processi Interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)									
	1	Implementazione del Percorso diagnostico per i disturbi distrofici 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	10,0%	5,0%		
	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	n incontri verbalizzati (almeno 10 /anno) Entro il 30/11/2021	10,0%			
	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 condiviso	almeno 500/anno	10,0%	10,0%		
	4	Protocollo di prevenzione del danno renale nei pazienti 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%			
	5	Sviluppo competenze in Rad Interventistica e Vascolare	formazione nelle tecniche terapeutiche di urgenza del trattamento della ischemia acuta e cronica arti inferiori (fibrinolisi/trombolisprazzioni)	n prestazioni	almeno 10/anno	10,0%			
	6	Riorganizzazione attività UO Radiologia Clin ed Interventistica	Avanzamento progetto di riorganizzazione dell'UO 2020 Radiodiagnostica (POR Ancona e sedi periferiche)	Implementazione nuove procedure di telegistione tra i presidi di Ancona e Osimo, riorganizzazione ed informatizzazione delle procedure in Rad Interventistica	Entro il 31/11/2021	10,0%			
	7	Percorso di formazione e analisi fattibilità e appropriatezza TC/RM encefalo perfusionale o RM DWI nella diagnosi dell'ictus al risveglio o caratterizzazione della crisi epilettica all'esordio di deficit neurologico focale, tra le UUOO di Neurofisiologia e Neurologia del Presidio di Ancona	Programmazione e avvio del percorso	Numero incontri formativi rivolti a TSM, Neurologi, Neuroradiologi	2 entro luglio 2021	10,0%	10,0%		
	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			15,0%		
	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.			15,0%		
	10		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%		
Prospettiva dell'utenza e stakeholder									
	11	Area IRCCS	Avanzamento studio Reportage Covid	presentazione lavoro x pubblicazione	Entro il 31/12/2021	2,5%			
	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 individualizzate dalla Direzione.	Report sull'attività svolta	2,5%			
	13	Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	IFM		2,5%			
	14	Area IRCCS	Stesura di un protocollo di studio e ricerca in Radiol Interventistica	Presentazione di un protocollo di studio di radiologia interventistica al Comitato Etico	Entro il 31/12/2021	2,5%			
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

[Signature]

RS613600 - SOSD MEDICINA NUCLEARE AN		Responsabile : Dott.ssa Fornarelli Direttore Dipartimento: Dott. Paci		BUDGET 2021			
SETTORE	PR OG R.	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO
Processi interni (in termini quantitativi di efficienza, appropriatezza e qualità)							
	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%	
	2	Scintigrafia cerebrale (DAT SCAN)	Aumento dell' attività	Aumento del 20% delle prestazioni esterne erogate	Vedi indicatore	20,0%	10%
	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%
	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	25%	
	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 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%	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder							
	6	Area IRCCS	Avanzamento studio Reportage Covid	Presentazione lavoro x pubblicazione	Entro il 31/12/2021	2,5%	
	7	Produzione scientifica	Pubblicazione su riviste con IF	IFM		5,0%	
	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%	
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

Davies
FORSO D. P. R. C. A.
MEDICINA NUCLEARE
Responsabile: *P. Fornarelli*

78312800 - SOC
LABORATORIO
ANALISI CHIMICO-
CLINICHE E
MOLLECOLARILAN

Responsabile: Dott. Agostino
Direttore Dipartimento, Dott. Pavi

SETTORE	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPLEARTO	
Economico-finanziario Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)							
1	<p>Nell'ambito del progetto certificazione condizione tra il Laboratorio del POI Ancona e PO Qumo di una Procedura Operativa in grado di descrivere in maniera esauriente il percorso del paziente (dalla accettazione alla referenziazione) in relazione ai percorsi clinici comuni o specifici</p> <p>Dr. Simona Scuderi</p>	<p>Aggiornamento della documentazione attualmente in uso attraverso una revisione condivisa tra il personale della due sedi</p>	<p>Aggiornamento dell'attuale documentazione in uso e stesura di una Procedura Operativa condotta 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</p>	<p>Stesura di una Procedura Operativa validata entro il 31/12/2020 e attiva nei due Presidi</p>	15%	10%	
2	<p>Implementazione sul US dei vari pannelli per diagnostica rapida mediante tecnologia BIOFIRE Filmarray in grado di garantire una migliore cura del paziente attraverso l'approccio sintomatico completo di differenti patologie</p>	<p>Creazione sul US dei seguenti esami con possibilità di richiedere la prestazione da parte del clinico sia sul programma Alchymia Reporti che direttamente da SIS/IBS al pannello respiratori BIOFIRE RP 2.1 PLUS da campione naso-faringeo, b) pannello sulla infezioni del torrente circolatorio CODA, direttamente da emocoltura positiva (innovazione nella diagnostica rapida sulla sepsi), c) PULMONIA PANEL PLUS, pannello per la diagnosi rapida delle polmoniti direttamente da espettorato, aspirato endotracheale e lavaggio broncoalveolare, di MIC PANEL, pannello per la diagnosi di meningite/encefalite, e) GI PANEL, pannello per le gastroenteriti</p>	<p>Definizione di un protocollo per l'accesso alla metodica secondo criteri di appropriatezza clinica.</p>	<p>Presentazione protocollo Pannello Sepsi</p> <p>Implementazione sul SERVER unico di un codice numerico/descrittivo per ciascun pannello descritto richiedibile dalla varie UU.OO. tramite SIS/NBS e Alchymia Reporti</p>	<p>Presentazione protocollo entro il 30/09</p> <p>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)</p>	15%	15%
3	<p>Condivisione con i clinici di un percorso che descriva la gestione del paziente con sospetta infezione del Sistema Nervoso Centrale</p>	<p>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 AOUOR di Torrette (Cotologia, Virologia, Microbiologia)</p>	<p>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 molecolari (PCR), specifici esami anticorpali o antigenici e approccio sintomatico mediante Filmarray</p>	<p>Presentazione della documentazione prodotta relativa a protocolli e algoritmi diagnostici condivisi e sottoscritti con le varie UU.OO. entro il 30/11/2021</p>	15%	10%	
4	<p>Implementazione bilanciata dermatologica</p>	<p>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</p>	<p>Svolgimento di tutte le attività previste dal progetto: accettazione dei campioni sul US mediante l'inserimento di un profilo definito, stoccaggio di materiale biologico (siero, plasma, buffy coat) dopo opportuna centrifugazione e relativa conservazione delle aliquote (scioccaggio a temperature <20° C), esecuzione degli esami di laboratorio, inserimento dei dati relativi alle indagini di laboratorio</p>	<p>Svolgimento delle attività previste per la totalità dei soggetti arruolati dall'UO Dermatologia</p>	10%	10%	
5	<p>Appropriatezza richieste esami di laboratorio</p>	<p>Analisi di tutti gli esami "non penneativi" e realizzazione di un report che evidenzii i del deli adibiti</p>	<p>Presentazione del report che metta a confronto l'andamento trimestrale del "non penneativi" deli adibiti di esami e richieste</p>	<p>Report entro 31 gennaio 2021</p>	10%		
6	<p>Miglioramento dell'assistenza</p>	<p>Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere</p>	<p>Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio</p>	<p>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 metodi (check list complete) secondo semestre entro il 31/12/2021</p>	25%	25%	
7	<p>Miglioramento Organizzativo</p>	<p>Garantire l'integrazione operativa delle risorse umane del comparto tra aree omogenee del P.O. di Ancona, Osimo, o dislocabili di IL-CLIN-CS</p>	<p>Presentazione di un progetto di fattibilità di integrazione avvio del progetto entro 30 Settembre</p>	<p>avvio e sperimentazione del progetto da Ottobre a Dicembre in Tutti i Prestazioni Interrete</p>		25%	
8	<p>Produzione scientifica</p>	<p>Pubblicazione su riviste con IF</p>	<p>IRMI</p>	<p>Report sull'attività svolta</p>	5%	5%	
9	<p>Conferma riconoscimento del carattere scientifico</p>	<p>Site Visit 2021 - Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute</p>	<p>Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione, Predispizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione.</p>		5%	30%	

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE

Comando di Ospedale



FARMACIA AN		Responsabile : Dott. Di Muzio Direttore Dipartimento: Dott. Paci		BUDGET 2021			
SETTORE	PROG R.	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO
Economico-finanziario							
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)							
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%	
2		Aggiornamento Procedura distributo 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 Arcona, 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%
4		Farmaci in scadenza	Definizione procedura di riallocazione dei farmaci in scadenza	Presentazione procedura	Entro il 31/12/2021	15%	
5		Centro Regionale Somministrazione Cannabis	Monitoraggio attività di Somministrazione Cannabis	Report di monitoraggio	Entro il 31/12/2021	10%	
6		Miglioramento della pratica clinica nell'infezione del Clostridium difficile	segnalazioni delle reazioni avverse farmaci Collaborazione con il personale impegnato nella campagna	Aumento delle segnalazioni 2021 vs 2018-2020 su base annuale.	Vedi indicatore	15%	
7		Miglioramento dell'assistenza	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 vaccinale	Report delle attività di affiancamento messe in atto durante la campagna vaccinale 2021	Invio della rendicontazione entro il 31/12/2021		55%
Prospettiva dell'utenza e stakeholder			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. Predispozione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione.	Report sull'attività svolta	10%	
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

Scheda obiettivi 2021

SETTORE		OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZIARIO	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTI VE	VALENZA BIENNALE	NOTE
BUDGET 2021										
P2410600 - SOC CENTRO PATOLOGIA CLINICA E TERAPIA INNOVATIVA AN		Responsabile: Prof. Procopio Direttore Dipartimento: Dott. Paci								
Processi Interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)										
Prospettiva dell'utenza e stakeholder		Area IRCCS	Avanzamento studio Reportage Covid	presentazione lavoro x pubblicazione	Entro il 31/12/2021	15%				
		Area IRCCS-Produzione scientifica	Publicazione su riviste con IF	IFM4		20%	20%			
		Emergenza Covid	Diagnostica molecolare per rilevazione di SARS-CoV-2	Partecipazione attività diagnostica molecolare	vedi indicatore	20%	30%			
		Conferma riconoscimento del carattere scientifico	Partecipazione alle realizzazioni delle attività operative per la	incontri organizzati dalla Direzione. Predispozione documentazione e	Report sull'attività svolta	20%	20%			
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

Antonio B. Best
AV

DIPARTIMENTO GERIATRICO RIABILITATIVO AD INDIRIZZO CARDIO-CE
FERMO

'19S20500 - SOC GERIATRIA FM		Responsabile : Dr. Postacchini Direttore Dipartimento dr. Postacchini		BUDGET 2021		PESO DIRIGENZA A	PESO COMPARTO
SETTORE	OGGETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO			
	Processi Interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Aumento attività assistenziali per appropriatezza richiesta dimissioni protette	Richiesta e compilazione SIRTE	Report attività con coinvolgimento del 100% dei medici		10,0%	
	Aggiornamento Procedura di 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 Oltimo, Pneumologia Casertano, Nutrizione Clinica (per la sola Racc. 19), Odontoiatria (per la sola raccomandazione 10)	vedi indicatore entro 31/10/2021		10,0%	10%
	Aggiornamento Procedura per Raccomandazione 5 Trasfusionale	Aggiornamento Procedura 5	Produzione Documento aggiornato tramite gruppo di miglioramento con UO Medicina Oltimo, UO Geriatria Fermo, UO Anestesia Ancona, Uo Nefrologia	vedi indicatore entro 31/10/2021		10,0%	10%
	liste di attesa ambulatoriali	recupero esami ecocolor Doppler vascolari periodo sospesi periodo covid 2020	recupero giornate ambulatoriali sospese	100% giornate recuperate			
	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%	
	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		10%	
	Implementazione ambulatorio endocrinologico	Aumento numero pazienti	Aumento dei pazienti esaminati rispetto all'anno 2019 (nell'anno 2020 causa covid sospensione ambulatorio)	> 2019		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 30/08/2021 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%
	Miglioramento Organizzativo	Garantire l'integrazione operativa delle risorse umane del comparto tra aree omogenee del P.O. di Ancona Oltimo, o dipartimentali di FE - CTN- CS	Presentazione di un progetto di fattibilità di integrazione svolto del progetto entro 30 settembre	avvio e sperimentazione del progetto da Ottobre a Dicembre N. Turni / Prestazioni integrate			15%
	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'individuamento 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%
	Prospettiva dell'utenza e stakeholder	Produzione scientifica	Publicazione su riviste con IF			5,0%	
	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. Predispensione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione.	Report sull'attività svolta		5,0%	
	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

Postacchini

Postacchini

Scheda obiettivi 2021

R3620100 - SOSD CARDIOLOGIA RIABILITATIVA FM		Responsabile : Dr. Marini Direttore Dipartimento: dr. Postacchini			BUDGET 2021		PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO		
SETTORE	PROG R	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO					
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)										
	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%			
	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 vedi azione	entro il 31/12/2021		25%			
	3	Governo dei tempi di attesa	Aumento del numero degli slot relativi alla presa in carico		Aumento del 20% degli slot rispetto al 2019 a partire dal mese di giugno 2021 per il periodo		20%			
	4	Miglioramento dell'assistenza	Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere	Facilitare i comportamenti degli operatori nel rispetto delle raccomandazioni per la prevenzione e il controllo del rischio di infezioni e contagio	1- Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero, entro il 30/06/2021 2- Percorso di verifica e rilevazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e dal Ministero nell'U.O. / Servizio di riferimento Applicazione mensile come da strumenti e metodi (Check list compilate) secondo semestre entro il 31/12/2021			20%		
	5	Miglioramento Organizzativo	Garantire l'integrazione operativa delle risorse umane del comparto tra aree omogenee del P.O. di Ancona Osirio, 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%		
	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 conditise 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%		
Prospettiva dell'utenza e stakeholder										
	7	Area Ircs	Raggiungimento numerosità del single site prevista dal protocollo	N° pazienti arruolati nello studio	N° 27 pazienti arruolati nello studio		5%			
	8	Produzione scientifica	Publicazione su riviste con IF	IFM			2,5%			
	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%			
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

Marini
Postacchini
De Felice

Alm

R3620700 - SOC RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE FM		Responsabile : Dr. Scandoni Direttore Dipartimento: dr. Postacchini		BUDGET 2021		PESO DIRIGENZ A	PESO COMPART O
SETTORE	OGGETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO			
<i>Processi Interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>							
	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 tele riabilitazione	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%	
	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		20%	
	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	Completata stesura del progetto e avvio entro dicembre 2021		15%	
	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%
	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%
	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 e a Dicembre N. Turni /Prestazioni integrate			20%
	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%
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>							
	Conferma riconoscimento del carattere scientifico	Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzazione e realizzazioni delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute	Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predispozione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione.	Report sull'attività svolta		5%	
	Produzione scientifica	Publicazione su riviste con IF	IFM			5%	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione/individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				25%	30%

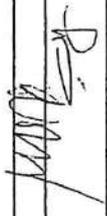
IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE

PERCORSI CLINICI INTEGR DERMATOLOG CON AV E TERRIT. FM		Responsabile : Dr. Morresi Direttore Dipartimento: dr. Postacchini		BUDGET 2021		PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO			
<i>Precedenti interventi (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		20%	10%
	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		20%	
	Riduzione liste d'attesa	Slot aggiuntivi per mantenimento attività in epoca Covid	6 Slot aggiuntivi settimanali per visite ambulatoriali	vedi indicatore		25%	20%
	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 listi compilate) secondo semestre entro il 31/12/2021			40%
<i>Prospettivo 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%	
<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

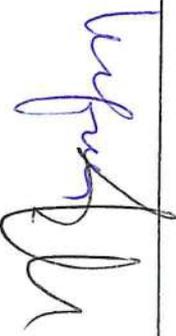



DIPARTIMENTO GERIATRICO RIABILITATIVO AD INDIRIZZO
CARDIOVASCOLARE COSENZA

Scheda obiettivi 2021

R2602100 - SOC RADIOLOGIA CS		Responsabile: Dr. Carliano Direttore Dipartimento: dr.ssa Carliano		BUDGET 2021			
SETTORE	PROG R.	OGGETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO
<i>Processi Interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>							
	1	Miglioramento qualità ed appropriatezza delle prestazioni.	Tempestività risposta prestazioni	Prestazioni interne RX erogate e referate entro 24-48 ore e prestazioni Tac interne erogate e referate entro 48-72 ore	Verifica a campione da parte della DMPD	10%	
	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	10%	
	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%
	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	35%	
	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%
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>							
		Conferma riconoscimento del carattere scientifico	Site Visit 2021 – Partecipazione alle organizzative 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%	
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

Scheda obiettivi 2021

RZ602500 - SOSO LABORATORIO FARMACOEPIDEMI OLOGIA		Responsabile : Dr. Corsoneo Direttore Dipartimento: Dott.ssa Carino		BUDGET 2021		
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZ	PESO COMPART
Economico-finanziario						
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)						
Prospettiva dell'utenza e stakeholder						
1	Produzione scientifica	Pubblicazioni su riviste con IF	Punteggio IFN	40	20%	
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	20%	
3	Ricerca Corrente	Coordinamento linee di Ricerca	Partecipazione alla consuntivazione per la Ricerca Corrente anno 2020 e programmazione 2021 - Rete IRCCS Invecchiamento		15%	
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%	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi				Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi		30%

IL RESPONSABILE

[Signature]

IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

[Signature]

IL DIRETTORE GENERALE

[Signature]

Scheda obiettivi 2021

72400800 - SOC GRUPPO C3		Responsabile: Dr. Compagno Direttore Dipartimento di San Gerardo		BUDGET 2021		PESO PERCENT A	PESO COMPART D
SETTORE	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBBIETTIVO			
Proiezioni di bilancio e indicatori	1	Perfezionamento servizi	Gestione del paziente con attenzione al trattamento e riabilitazione	Adozione sul territorio svolta	Terzo della relazione alla DuSUD e approvazione di parte 5 quest'ultima	10%	15%
	2	Assistenza	Qualità percorsi in collaborazione non inverte	Corso di formazione su nuovi servizi ospedalivi e trattamento di emergenza (S. Zucchi)	Completamento della formazione entro 31/12/2021	5%	
	3	Accompagnamento Procedura di Istituto Gestione Farmaci (conferenza alla raccomandazione 1, 7, 10, 12) e attività della raccomandazione 17/18/19 (in collaborazione con le organizzazioni di SCS)	Aggiornamento del documento di merito e implementazione indicazioni emergenti in data 19/10/21 anche attraverso operativa del SIS	Prodotto Documento aggiornato tramite gruppo di lavoro con FARMACIA, CUI, Gestore Area, Farma e Gestore Medicina Clinica, Pneumologia Laboratori, Nutrizione Clinica (per la sala Sarc 19), Ospedaliere (per la sala FARMACIA) - 101	vedi indicatore entro 31/10/2021	10%	10%
	4	Appropriatezza prescrittiva	Modifica delle prescrizioni di laboratorio secondo le nuove routine proposte dall'Aspirato di analisi	Induzione esami medi per paziente	Adozione versiva IV Trimestre 2021 e IV Trimestre 2019	10%	
	5	Progetto di implementazione della 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 ricevere nel presidio e servizi 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%	
	6	Implementazione modelli assistenziali	Partecipazione all'attivazione del PDCA sulla palliazione perinatale attraverso il gruppo di lavoro esistenti	Partecipazione all'attivazione del percorso	vedi indicatore entro 31/10/2021	10%	
	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 dei rischi di infezioni e contagio	1. Definizione strumenti e di metodi di verifica dello stato di applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e del Ministero entro il 30/06/2021 2. Percorso di verifica e liberazione dello stato applicazione delle misure di prevenzione raccomandate dall'OMS e del Ministero nell'UO / Servizio di riferimento Applicazione mensile come da strumenti e metodi (check list completa) secondo semestri entro il 31/12/2021	10%	
	8	Miglioramento dell'assistenza	Migliorare il percorso di cura in carico assistenziale rimborsato	Definizione di uno strumento condiviso tra diverse figure professionali, in grado di facilitare l'individuazione dei bisogni assistenziali, rimborsati per favorire la presa in carico pro-attiva e migliorare l'empowerment del paziente (pratica esclusiva)	1. Definizione dello strumento (strumento) dei metodi di verifica strumento delle prove in carico condiviso nella UO di riferimento e dello stato di avanzamento del nuovo modello di cura in carico condiviso tra figure professionali (Categorie strumento critico al 30-09-2021 ed applicazione sperimentale al 30-11-2021)	10%	
	9	Continuità e riconoscimento del lavoro scientifico	See Your 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 Predefinite di documentazione a partire da home after attività per la visita ispettiva della Direzione	Report sull'attività svolta	5%	5%
	10	Produttività e qualità	Schede di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi	Partecipazione su invito con il		5%	5%

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE

[Signature]

Conferito di Gestione

[Signature]

24/05/2021

72600700 - SOSSO RIABILITAZIONE INTENSIVA CS		Responsabile : Dr. Pranno Direttore Dipartimento: dr. Carlini		BUDGET 2021		PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTI
SETTORE	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTI	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)							
1	Treatmento ferite chirurgiche	monitoraggio e trattamento delle ferite chirurgiche	elaborazione procedura operativa per il trattamento e monitoraggio delle ferite chirurgiche, realizzazione percorso formativo in merito	Elaborazione procedura con inserimento nella cartella infermieristica entro il 31/12 incontro formativo verbalizzato entro il 31/12/2021	10%	10%	
2	Aggiornamento procedure prevenzione e gestione della caduta del paziente Unitario Raccomandazione 13	Aggiornamento Procedura Raccomandazione 13	Produzione procedura aggiornata tramite gruppo di miglioramento tra DMPO, DPA, RSR Appogaro, Rabbittazione FM, AN, CS, CT	vedi indicatore entro 31/10/2021	10%	10%	
3	lezioni da previsione	formazione personale di assistenza per la prevenzione e il trattamento delle lesioni da pressione	Realizzazione corso di formazione accreditato ECM rivolto al personale medico e del comparto del presidio	Entro il 31/12/2021	10%	10%	
4	Appropriatezza percutiva	Modifica delle prescrizioni di laboratorio secondo le nuove routine proposte dal laboratorio di analisi	Produzione esami medi per paziente	Riduzione versus IV Trimestre 2021 e IV Trimestre 2019 se modificata la routine	10%	10%	
5	Rafforzamento relazioni e reti con strutture sanitarie del territorio	Presentazione di un progetto con indicazione dei criteri di eleggibilità dei pazienti da ricevere 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%	25%		
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 metodologie di verifica dello stato di 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	50%	50%	
Prospettiva dell'utente e stakeholder							
7	Attività a progetto	Candidato Bari per acquisizione attrezzature progetto in conto capitale RAIPRO2	Realizzare capicollino e pino all'UO ABSI	Entro il 31/12/2021	5%	5%	
8	Conferma riconoscimento del carattere scientifico	Site Visit 2021 - Partecipazione alle organizzazioni e realizzazioni delle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute	partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Prendispositor e documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuale dalla Direzione	Report sull'attività svolta	5%	5%	
Gruppo 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

Pranno
Carlini
Carlini

Comando di Gestione

72601900 - SOC		Responsabile: Dott. Franco Direttore Dipartimento di viale Certino		AGOSTO 2021			
LABORATORIO ANALISI	SETTORE	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBBIETTIVO	PESO URGENZA	PESO COMPARTO
(Economico Finanziario) Processi interni (in termini di efficienza, appropriatezza e qualità)							
	Miglioramento assistenza	Implementazione di un nuovo screening per tutto il personale del Pronto Soccorso mediante quantitativo IgM e IgG per Covid-19	Analisi e presentazione di un progetto per l'effettuazione dell'identificazione antigenica	Ripresa attività già svolta nel 2020	A partire dal 31/07/2021		
	Miglioramento assistenza	Analisi e presentazione di un progetto per l'effettuazione dell'identificazione antigenica	Analisi e presentazione di un progetto per l'effettuazione dell'identificazione antigenica	Presentazione del progetto	entro il 31/10/2021		
	Emergenza Covid	Implementazione attività articolata e per sistemi	Adempimento delle aperture verso l'esterno per sistemi	Apertura per attività di prevenzione anche verso il 31/10/2021	entro il 31/12/2021		
	Miglioramento dell'assistenza	Migliorare le azioni di prevenzione delle infezioni ospedaliere	Analisi delle richieste interne e presentazione proposta di nuova routine esami	Relazione da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2021		
	Proiettivo dell'efficienza e risparmio	Conferma riconoscimento del carattere scientifico	Scade Vali 2021 - Partecipazione alle Organizzazioni e realizzazioni degli attività operative per la visita ispettiva della Commissione Nazionale del Ministero della Salute	Apertura per attività di prevenzione anche verso il 31/10/2021	vedi indicatore entro 30/09/2021		
	Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione puntuale processi produttivi, relazionali e organizzativi	Scade Vali 2021 - Partecipazione alle Organizzazioni e realizzazioni degli attività operative per la visita ispettiva della Commissione Nazionale del Ministero della Salute	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 inferenza Applicazione mensile come da strumenti e metodi (Check list compilate) secondo semestre entro il 31/12/2021	Report sull'attività svolta		
						25%	20%

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE

[Signature]
[Signature]
[Signature]

Scheda obiettivi 2021

R2602800 - SOC ANESTESIA E TERAPIA DEI DOLORI /		Responsabile: Dr. Scarpelli Direttore Dipartimento: dr. Corchio		BUDGET 2021			
SETTORE	OGGETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OGGETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	
Processi Interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)							
1	miglioramento modelli assistenziali	attivazione del PDTA sulla palliazione姑息療法 all'interno delle UOOD di degenza esistenti	Attivazione del percorso	vedi indicatore entro 31/10/2021	25%	20%	
2	miglioramento modelli assistenziali	Realizzazione attività proiettate per l'attivazione del PDTA sulla palliazione姑息療法 a favore del territorio di riferimento	Realizzazione incontri propedeutici con medicina territoriale	vedi indicatore entro il 31/12/2021	25%		
3	organizzazione	emergenza COVID	campagna vaccinale	completamento campagna vaccinale degli operatori interni ed afferenti monitoraggio serologico nei 5 mesi successivi	15%		
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. Defazione 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		50%	
Prospettiva dell'utente e stakeholder							
	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 Preparazione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit indagate dalla Direzione	Report sull'attività svolta	10%		
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

Controllo di Gestione

05/07/2021

DIPARTIMENTO GERIATRICO RIABILITATIVO AD INDIRIZZO
PNEUMOLOGICO CASATENNOVO

Scheda obiettivi 2021

R2901000 - SOC PNEUMOLOGIA CT		Responsabile : Dr. Colombo Direttore Dipartimento: Dr. Colombo		BUDGET 2021		PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO
SETTORE	PROG R ₁	OGGETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO		
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)							
1	Emergenza covid	Disponibilità a gestire pazienti critici provenienti dal PS e dai ricoverati 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	Presenza 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%
2	Piano di Riordino Rete Ospedaliera: DGR XI/3264 - Riclassificazione macroattività degenza semilitinativa " 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%	
3	Follow-up multiprofessionale Paziente Covid	Apertura ambulatorio dedicato Long Covid secondo protocollo Incca	Almeno 2 ambulatori settimanali	a partire da maggio 2021		20%	
4	Aggiornamento Procedura di 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 Arcona, Fermo e Coenza, Medicina Osimo, Pneumologia Castelfranco e Osimo, Nutrizione Clinica (per la sola Rac. 19), Odontoiatria (per la sola raccomandazione 10)	vedi indicatore entro 31/10/2021		20%	5%
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%
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'individuamento 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 conditise nella/le 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%
Prospettive dell'utenza e stakeholder		7	Area ricerca scientifica	Presentazione pubblicazioni con IFM	IFM		5%
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		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.		5%
Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%
Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							30%

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE

[Signature]

[Signature]

[Signature]

R2901100 - SOC PNEUMOLOGIA RIABILITATIVA/CE NTRIO DI RICERCA PATOLOGICO		Responsabile : Dr. Colombo Direttore Dipartimento: Dr. Colombo		BUDGET 2021		PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO
SETTORE	PR OG R	OGGETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO		
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)							
	1	Riapertura reparto di riabilitazione respiratoria presso il Presidio di Casatenovo	Attivazione letti Pneumologia Riabilitativa	Numero ricoveri	Produzione DRG entro il 31.12.2021	15%	
	2	Emergenza covid	Rispondenza di tutte le azioni necessarie all'emergenza 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%	15%
	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%	
	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 DMFO, DPP, RSR Appigiano, Riabilitazione FM, AN, CS, CT	Entro il 31/10/2021	15%	5%
	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%
	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 condive 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%
Prospettiva dell'utente e stakeholder							
	7	Area ricerca scientifica	Presentazione pubblicazioni con IFM	IFM	Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione.		5%
	8	Conferma riconoscimento del carattere scientifico	Site Visit 2021 - Partecipazione alle attività operative per la visita ispettiva della Commissione nominata dal Ministero della Salute	Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione.	Report sull'attività svolta		5%
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					25%
IL RESPONSABILE IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO IL DIRETTORE GENERALE							

Scheda obiettivi 2021

R2900100 - SOSP CARDIOLOGIA RIABILITATIVA CT		Responsabile: Dr. Serra Direttore Dipartimento: dr. Colombo		BUDGET 2021		PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO
SETTORE	PROG. R.	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBBIETTIVO		
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>							
	1	Miglior offerta utenza	n. esami	Reg. ECG dinamici	415 registrazioni.	15%	10%
	2	Miglior offerta utenza	n. esami	ECG + visite classe D Accesso triage alle emergenze	100 prestazioni	15%	10%
	3	Mantenimento collaborazione	Consulenze a Merate	Pneumologia per acuti, finita l'emergenza	vedi indicatore	10%	
	4	Corso emergenza-urgenze Cardiovascolari	corso teorico-pratico	Corso finalizzato alla gestione urgenze Cardiovascolari	almeno 1 edizione entro il 31/12/2021	15%	
	5	Miglior offerta utenza	Attivazione ambulatorio registrazione ecg dinamico da 72 h	Attivazione ambulatorio	A partire da maggio 2021	10%	10%
	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%
	7	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 Direzioe. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione.	Report sull'attività svolta	10%	
<i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i>						25%	30%

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE

Scheda obiettivi 2021

R2901900 - SOSD LABORATORIO ANALISI CT		Responsabile : Dr. Coliugo Direttore Dipartimento: dr. Colombo		BUDGET 2021		PESSO DIRIGENZA	PESSO COMPARTO
SETTORE	PROGR	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO		
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>							
	1	Miglioramento appropriatezza diagnostica	Introduzione dosaggio quantitativo automatizzato per il rilevamento quantitativo degli anticorpi IgG, inclusi gli anticorpi neutralizzanti, aISARS-CoV-2 nel siero e nel plasma umano	Introduzione per utenti interni	Introduzione dal 31/03/2021	15%	10%
	2	Miglioramento appropriatezza diagnostica	Introduzione dosaggio immunocromatografico in vitro per la rilevazione qualitativa dell'antigene della proteina nucleocapsidica del virus SARS-CoV-2 in campioni di tamponi nasofaringei	Introduzione per utenti interni	Introduzione dal 31/05/2021	15%	
	3	Miglioramento qualità interna	Aggiornamento procedura trattamento campioni destinati alla spedizione in service	Aggiornamento istruzioni operative	da effettuare entro 31/07/2021	20%	10%
	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%
	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 rievacuazione 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 sanatoria art.131.12/2021		40%
<i>Prospettive 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%	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Area Ircs		Produzione Scientifica		4	5%
Sopra di validazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				IFM		25%	30%

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE



Scheda obiettivi 2020

R2902100 - SOSD RADIOLOGIA CT		Responsabile : Dr. Genchi Direttore Dipartimento: Dr. Colambo		BUDGET 2021		PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO		
SETTORE	PROG R.	OGGETTO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO				
<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)		20%		
	2	Miglioramento dei servizi offerti	Implementazione MOC	funzionamento regolare e continuativo della diagnostica	Mantenimento apertura della diagnostica in situazione di emergenza Covid		20%		
	3	Interazione territorio	Riorganizzazione attività di servizio	Slot riservati alla diagnostica del torace per pazienti COVID-19	n. 2 al giorno		25%		
	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%		
Prospettiva 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%		
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

Dr. Genchi
Dr. Colambo

Dr. Genchi

STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA

DIPARTIMENTO
PROFESSIONI
SANTARIE

Responsabile: Dr. Marinelli

SCHEDA DI BUDGET 2021

SETTORE	PRO GR	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO
<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%	
	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%
	3	Garantire la gestione degli assetti Organizzativi Intra ed extra pandemia Covid 19	Definizione e assegnazione risorse modulare 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%	
	4	Supporto all'organizzazione attività di vaccinazione Intra	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%
	5	Certificazione aziendale	Supporto alle attività propedeutiche al raggiungimento della certificazione	Raggiungimento certificazione	vedi indicatore	10%	30%
<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%	
<i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i>							
IL RESPONSABILE						25%	30%

IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE GENERALE

Paolo Marinelli
Antonio Infante
Stefano

DIRIGENZA
PROFESSIONE della
RIABILITAZIONE

Responsabile: Dr. Nicolai

SCHEDA DI BUDGET 2021

SETTORE	PROG. R.	OGGETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OGGETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	
<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 l'Istituto	Presentazione procedura revisionata e unificata	entro 30/09/2021	15%		
	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%		
	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%		
	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%		
<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%		
<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

Messa
Nicolai
Messa



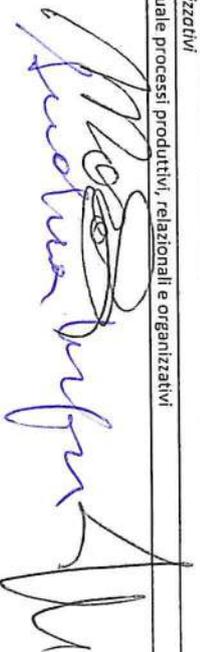
DIRIGENZA
PROFESSIONI
TECNICHE

Responsabile: Dr. Sica

SCHEDA DI BUDGET 2021

SETTORE	PROG R.	OGGETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO
<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 esplesate	prova scritta, prova pratica e colloquio esplesata entro 31/12/2021	15%	
	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%	
	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%	
	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%	
	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%	
<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%	
<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



Scheda obiettivi 2021

'19361500 - SOC DIREZIONE MEDICA PRESIDIAN FE AP		Responsabile : Dr. Luzzi Direttore Dipartimento:		BUDGET 2021		
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO
	Organizzazione attività di vaccinazione Intra	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%
	Progetto Camper Trough	Organizzazione attività progetto Camper Trough	n. tamponi eseguiti	>3500	10%	
	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%
	Certificazione aziendale	Supporto alle attività propeedeutiche al raggiungimento della certificazione	Raggiungimento certificazione	vedi indicatore	10%	20%
	Aggiornamento Procedura Malfunzionamento apparecchiature elettromedicali Raccomandazione 9	Aggiornamento Procedura Raccomandazione 9	Produzione Documento aggiornato	vedi indicatore entro 31/10/2021	10%	
	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 UUOO	vedi indicatore	10%	
	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%	
	Controllo Verifica Prestazioni Sanitarie	Verifiche trimestrali come da indicazioni regionali	Report periodici e relazione finale	Report trimestrale e relazione finale	10%	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder						
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi			25%	30%

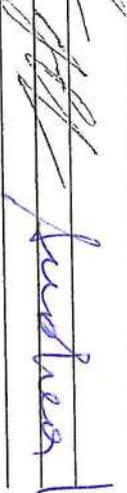
IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE

31/10/2021
Dr. Luzzi
Dr. Luzzi
Dr. Luzzi

Scheda obiettivi 2021

'R2901500 - SOC DIREZIONE MEDICA PRESIDIO CT		Responsabile : Dr. Colombo Direttore Dipartimento:		BUDGET 2021		
SETTORE	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA O	PESO COMPART
<i>Economico-finanziario</i>						
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>						
	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%
	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%	
	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%
	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%
	Prospettiva dell'utenza e stakeholder	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		
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi						
Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						
	Conferma riconoscimento del carattere scientifico				10%	
					25%	30%

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE


R2601500 - SOC DIREZIONE MEDICA PRESIDIO CS		Responsabile: Dr. Pranno		BUDGET 2021		PESO DIRIGENZA	PESO COMPART	
SETTORE	GRUPPO	OGGETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO			
Economico-finanziario								
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)								
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%	
2		Flusso SDO	Monitoraggio corretta codifica DRG nella SDO per evitare segnalazione errori da parte della Regione calabrese	Report semestrale su attività di monitoraggio del Flusso SDO	Presentazione di due report semestrali	10%	10%	
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%	
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%		
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%		
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%	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder								
Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi.								
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		25%						30%

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

PERSONALE RICERCATORE E DI SUPPORTO
ALLA RICERCA ASSUNTO TRAMITE PIRAMIDE

Ricercatore: Francesco
 Piaccenza
 Responsabile : Dott.ssa
 Lattanzio

BUDGET 2021

SETTORE	OGGETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>								
	Parametri bibliografici	conseguimento valori bibliometrici	IF>10	vedi indicatore	25%			
	Coinvolgimento nelle attività dell'UO assegnata	Partecipazione al raggiungimento agli obiettivi dell'UO di assegnazione	% di raggiungimento degli obiettivi dell'UO di assegnazione	maggiore o uguale al 90%	25%			
	Capacità di operare in rete	Partecipazione attiva alle Reti IRCCS	Partecipazione alle attività delle Reti IRCCS in cui l'INRCA è coinvolta	Relazione sul coinvolgimento nelle attività delle Reti IRCCS	25%			
	Attività scientifica	Implementazione dei progetti di Ricerca Corrente e finalizzata come da GANT-T di progetto	Invio relazione alla Direzione Scientifica sullo stato dell'arte dei progetti	Entro il 31/12	25%			

IL RESPONSABILE

Francesco Piaccenza

IL DIRETTORE SCIENTIFICO

pi

IL DIRETTORE GENERALE

PIRAMIDE DEI RICERCATORI

Ricercatore: Elisa Pierpaoli
Responsabile: Dott.ssa Lattanzio

BUDGET 2021

SETTORE	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBBIETTIVO	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>								
	parametri bibliografici	conseguimento valori bibliometrici	IF>10	vedi indicatore	25%			
	Ricerca a progetto	Partecipazione a bandi di ricerca regionali, europei ed extraeuropei	Avvio di un progetto come coordinatore o come partner	almeno 1	25%			
	Coinvolgimento nelle attività dell'UO assegnata	Partecipazione al raggiungimento agli obiettivi dell'UO di assegnazione	% di raggiungimento degli obiettivi dell'UO di assegnazione	maggiore o uguale al 90%	25%			
	Capacità di operare in rete	Partecipazione attiva alle Reti IRCCS	Partecipazione alle attività delle Reti IRCCS in cui l'INRCA è coinvolta	Relazione sul coinvolgimento nelle attività delle Reti IRCCS	25%			

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE SCIENTIFICO
IL DIRETTORE GENERALE

Elisa Pierpaoli

AL

BUDGET 2021

PIRAMIDE DEI
RICERCATORI

Dipendente: Elisa Falci
Responsabile: Dot.ssa
Lattanzio

SETTORE	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBBIETTIVO	PESO COMPARTO	RISORSE ACCIUNTIVE BIENNALE	VALENZA BIENNALE	NOTE
<i>Prospettiva dell'efficienza e strokeholder</i>								
	Coinvolgimento nelle attività dell'UO assegnata	Partecipazione al raggiungimento agli obiettivi dell'UO di assegnazione	% di raggiungimento degli obiettivi dell'UO di assegnazione	maggiore o uguale al 90%	30%			
	Conoscere in maniera approfondita il processo legato all'attività, anche proponendo soluzioni innovative/glorificative	Autonomia tecnico professionale nella conduzione di attività	Numero di proposte di soluzioni innovative	Almeno 1	35%			
	Attività scientifica	Implementazione dei progetti di Ricerca Corrente e finalizzata come da GANTT di progetto	Invio relazione alla Direzione Scientifica sullo stato dell'arte delle attività svolte per i progetti di ricerca	Entro il 31/12	35%			

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE SCIENTIFICO
IL DIRETTORE GENERALE

Elisa Falci
DL

PIRAMIDE DEI RICERCATORI		Dipendente: Barbara Carrieri Responsabile: Dott.ssa Lattanzio		BUDGET 2021				
SETTORE	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTE	VALENZA BIENNALE	NOTE
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>								
	Coinvolgimento nelle attività dell'UO assegnata	Partecipazione al raggiungimento agli obiettivi dell'UO di assegnazione	% di raggiungimento degli obiettivi dell'UO di assegnazione	maggiore o uguale al 90%	25%			
	Capacità di operare in rete	Partecipazione attiva alle Reti IRCCS	Partecipazione alle attività delle Reti IRCCS in cui l'INRCA è coinvolta	Relazione sul coinvolgimento nelle attività delle Reti IRCCS	25%			
	Conoscere in maniera approfondita il processo legato all'attività, anche proponendo soluzioni innovative/migliorative	Autonomia tecnico professionale nella conduzione di attività	Numero di proposte di soluzioni migliorative	Almeno 1	25%			
	Attività scientifica	Supporto al coordinamento delle linee di ricerca corrente	Invio relazione alla Direzione Scientifica congiuntamente al Responsabile della linea	Entro il 31/12	25%			
IL RESPONSABILE <u>Barbara Carrieri</u> IL DIRETTORE SCIENTIFICO <u>DL</u> IL DIRETTORE GENERALE _____								

PIRAMIDE DEI RICERCATORI/ Ente/Ente		Ricerca: Vera Sara Responsabile: Daniela Ente/Ente		BUDGET 2017		RESO COMPARTO	RISORSE ACQUISITIVE	VALORE BIRINALE	NOTE
SETTORE	OGGETTO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO					
Progetti editoria e pubblicazioni									
	parametri bibliografici	contingimento valori bibliografici	15-10	vedi indicatore	35%				
	Ricerca a progetto	Partecipazione a bandi di ricerca regionali, nazionali, europee ed extraregionali	Submitzione di un progetto come coordinatore o come partner	almeno 1	25%				
	Contribuimento nelle attività dell'UNO assegnata	Partecipazione al raggiungimento agli obiettivi dell'UNO di assegnazione	N. di raggiungimento degli obiettivi dell'UNO di assegnazione	maggiore o uguale al 90%	25%				
	Attività scientifica	Implementazione dei progetti di Ricerca Corrente e finalizzata come da GAVI-T di progetto	Indice relazione alla Direzione Scientifica sullo stato dell'arte dei progetti	Entro il 31/12	75%				

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE SCIENTIFICO
IL DIRETTORE GENERALE





BUDGET 2011

SETTORE	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE
PIRAMIDE DEI RICERCATORI Progettiva editoriale e siti internet	Ricerca a Roberta Bevilacqua Responsabile: Dell'isa Lotenzio							
	parametri bibliografici	contingimento valori bibliometrici	IF > 10	vedi indicatore	25%			
	Ricerca a progetto	Partecipazione a bandi di ricerca regionali, nazionali, europei ed extraregionali	Avvio di un progetto come coordinatore o come partner	almeno 1	25%			
	Colloquio nelle attività dell'ufficio assessoria	Partecipazione al raggiungimento agli obiettivi dell'ufficio di assessoria	% di raggiungimento degli obiettivi dell'ufficio di assessoria	maggiore o uguale al 90%	25%			
	Attività scientifica	Supporto alla gestione delle attività della linea di ricerca n° 4	invio relazioni alla Direzione Scientifica concordata con il responsabile di linea	Entro il 31/12	25%			
IL RESPONSABILE IL DIRETTORE SCIENTIFICO IL DIRETTORE GENERALE								

Roberta Bevilacqua

Scheda obiettivi/ 2019

PIRAMIDE DEI RICERCATORI		Ricerca: Paolo Fabbiati Responsabile : Dott.ssa Latanzio		BUDGET 2021				
SETTORE	OGGETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OGGETTIVO	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>								
	parametri bibliografici	conseguimento valori bibliometrici	IF-20	vedi indicatore	25%			
	Ricerca a progetto	Partecipazione a bandi di ricerca regionali, nazionali, europei ed extraeuropei	Sottomissione di un progetto come coordinatore o come partner	almeno 1	25%			
	coinvolgimento nelle attività dell'UO assegnata	Partecipazione ai raggiungimento agli obiettivi dell'UO di assegnazione	% di raggiungimento degli obiettivi dell'UO di assegnazione	maggiore o uguale al 90%	25%			
	Capacità di operare in rete	Partecipazione attiva alle Reti IRCCS	Partecipazione alle attività delle Reti IRCCS in cui l'INRCA è coinvolta	Relazione sul coinvolgimento nelle attività delle Reti IRCCS	25%			

Im No

alle

IL RESPONSABILE

IL DIRETTORE SCIENTIFICO

IL DIRETTORE GENERALE

Scheda obiettivi 2019

PIRAMIDE DEI RICERCATORI		Dipendente: Flavia Piccinini Responsabile: Dott.ssa Lattanzio		BUDGET 2021				
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>								
	Capacità di operare in rete	organizzazione e/o coordinamento di studi con altri gruppi	organizzazione e/o coordinamento di studi con gruppi interni ed esterni all'Istituto	vedi indicatore	25%			
	Coinvolgimento nelle attività dell'UO assegnata	Partecipazione al raggiungimento agli obiettivi dell'UO di assegnazione	% di raggiungimento degli obiettivi dell'UO di assegnazione	maggiore o uguale al 90%	25%			
	stesura di proposte progettuali a livello internazionale e di divulgazione di contenuti scientifici	Supporto stesura di proposte progettuali a livello internazionale e di divulgazione di contenuti scientifici	Presentazione di 3 documenti	Almeno 3	25%			
	Attività scientifica	Implementazione dei progetti di Ricerca Corrente e finalizzata come da GANT-T di progetto	Invio relazione alla Direzione Scientifica sullo stato dell'arte delle attività svolte per i progetti di ricerca	Entro il 31/12	25%			

IL RESPONSABILE

IL DIRETTORE SCIENTIFICO

IL DIRETTORE GENERALE

Flavia Piccinini
Lattanzio

PIRAMIDE DEI RICERCATORI

Dipendente: Giacomo Cucchieri
 Responsabile : Dott.ssa Lattanzio

BUDGET 2021

SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE
Prospettiva dell'utenza e stakeholder								
	Coinvolgimento nelle attività dell'UO assegnata	Partecipazione al raggiungimento agli obiettivi dell'UO di assegnazione	% di raggiungimento degli obiettivi dell'UO di assegnazione	maggiore o uguale al 90%	30%			
	Conoscere in maniera approfondita il processo legato all'attività, anche proponendo soluzioni innovative/migliorative	Autonomia tecnico professionale nella conduzione di attività	Numero di proposte di soluzioni innovative	Almeno 1	35%			
	Attività scientifica	Implementazione dei progetti di Ricerca Corrente e finalizzata come da GANT-T di progetto	Invio relazione alla Direzione Scientifica sullo stato dell'arte delle attività svolte per i progetti di ricerca	Entro il 31/12	35%			

IL RESPONSABILE
 IL DIRETTORE SCIENTIFICO
 IL DIRETTORE GENERALE

Giacomo Cucchieri

PIRAMIDE DEI RICERCATORI		Dipendente: Franca Bianchi Responsabile : Dott.ssa Lattanzio		BUDGET 2021		PESO COMPARTI	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE
SETTORE	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO		O	E		
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>									
Missioni per attività di ricerca		Gestione delle richieste di autorizzazione alla missione, biglietteria aerea e ferroviaria	Predisposizione richieste di autorizzazione alla missione, compatibilmente con restrizioni legate alla pandemia, emissione biglietteria ferroviaria, collaborazione con agenzia di viaggio per biglietteria aerea e inserimento crediti/richieste in file	Inserimento file Cogest dell'80% delle richieste	25%				
Acquisti per progetti di ricerca		Collaborazione con i ricercatori alla Richieste di Acquisto di beni/servizi per attività di Ricerca	Collaborazione alla stesura RdA, protocollazione e inserimento dell'impegno di spesa in file Cogest	Inserimento file Cogest dell'80% delle richieste	25%				
Reclutamento personale per attività di ricerca		Collaborazione con i ricercatori alla Richieste di Reclutamento Personale di Ricerca	Collaborazione alla stesura RdR, protocollazione e inserimento dell'impegno di spesa in file Cogest per tutte le UUOO di ricerca, in collaborazione con l'UO Cogest	Inserimento file Cogest dell'80% delle richieste	25%				
Conoscere in maniera approfondita il processo legato all'attività, anche proponendo soluzioni innovative/migliorative		Autonomia tecnico professionale nella conduzione di attività	Numero di proposte di soluzioni migliorative	Almeno 1	25%				
IL RESPONSABILE IL DIRETTORE SCIENTIFICO <i>Franca Bianchi</i> IL DIRETTORE GENERALE									

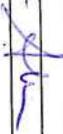
PIRAMIDE DEI RICERCATORI

Ricercatore: Marco Malavolta
 Responsabile : Dott.ssa
 Lattanzio

BUDGET 2021

SETTORE	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBBIETTIVO	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE
Prospettiva dell'utenza e stakeholder	parametri bibliografici	conseguimento valori bibliometrici	IF>10	vedi indicatore	25%			
	Trasferimento tecnologico	Attivazione del percorso di presentazione di brevetti	Implementazione attività scientifica e gestione tecnico-amministrativa con TTO	almeno 1	25%			
	Coinvolgimento nelle attività dell'UO assegnata	Partecipazione al raggiungimento agli obiettivi dell'UO di assegnazione	% di raggiungimento degli obiettivi dell'UO di assegnazione	maggiore o uguale al 90%	25%			
	Capacità di operare in rete	Partecipazione attiva alle Reti IRCCS	Partecipazione alle attività delle Reti IRCCS in cui l'INRCA è coinvolta	Relazione sul coinvolgimento nelle attività delle Reti	25%			

IL RESPONSABILE
 IL DIRETTORE SCIENTIFICO
 IL DIRETTORE GENERALE

Scheda obiettivi 2019

PIRAMIDE DEI RICERCATORI		Ricerca: Mirko Di Rosa		BUDGET 2021					
Responsabile : Dott.ssa Lattanzio									
SETTORE	OGGETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE	
	Prospettiva dell'utenza e stakeholder parametri bibliografici	conseguimento valori bibliometrici	IF > 20	vedi indicatore	25%				
	Ricerca a progetto	Partecipazione a bandi di ricerca regionali, nazionali, europei ed extraeuropei	Sottomissione di un progetto come coordinatore o come partner	almeno 1	25%				
	coinvolgimento nelle attività dell'UO assegnata	Partecipazione al raggiungimento agli obiettivi dell'UO di assegnazione	% di raggiungimento degli obiettivi dell'UO di assegnazione	maggiore o uguale al 90%	25%				
	Capacità di operare in rete	Partecipazione attiva alle Reti IRCCS	Partecipazione alle attività delle Reti IRCCS in cui l'INRCA è coinvolta	Relazione sul coinvolgimento nelle attività delle Reti IRCCS	25%				

Mirko Di Rosa

IL RESPONSABILE _____
 IL DIRETTORE SCIENTIFICO _____
 IL DIRETTORE GENERALE _____

Scheda obiettivi 2019

PIRAMIDE DEI RICERCATORI		Ricerca		BUDGET 2021		PESO COMPARTO		RISORSE AGGIUNTIVE		VALENZA BIENNALE		NOTE	
SETTORE	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBBIETTIVO									
Prospettiva dell'azienda e stakeholder													
	parametri bibliografici	conseguimento valori bibliometrici	IFS-12	vedi indicatore	25%								
	Ricerca a progetto	Partecipazione a bandi di ricerca regionali, nazionali, europei ed extraeuropei	Sottomissione di un progetto come coordinatore o come partner	almeno 1	25%								
	Coinvolgimento nelle attività dell'UO assegnata	Partecipazione al raggiungimento agli obiettivi dell'UO di assegnazione	% di raggiungimento degli obiettivi dell'UO di assegnazione	maggiore o uguale al 90%	25%								
	Attività scientifica	Implementazione dei progetti di Ricerca Corrente e finalizzata come da GANT-T di progetto	Invio relazione alla Direzione Scientifica sullo stato dell'arte dei progetti	Entro il 31/12	25%								
IL RESPONSABILE  IL DIRETTORE SCIENTIFICO IL DIRETTORE GENERALE													

DIPARTIMENTO STAFF

PRO GR.		OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO
<p>R0101500 - SOC CONTROLLO DI GESTIONE, PROGRAMMAZIONE, FLUSSI INFORMATIVI</p> <p align="center">Responsabile : Dr. Di Ruscio Roberto Direttore Dipartimento: dr. Di Ruscio Roberto</p> <p align="right">BUDGET 2021</p>							
<p><i>Economico-finanziario</i></p>							
<p><i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i></p>							
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%		
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%	
3	Campagna vaccinale	Partecipazione secondo le modalità indicate dalla Direzione	vedi azione	vedi indicatore		25%	
4	Monitoraggio attività	Amministrativa alla campagna vaccinale 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%	15%	
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 Auu, Area Infermieristica e Riabilitativa, DAPO, Ufficio Tecnico e Cogest	Presentazione e attuazione gantt di attività	attivazione entro 01/09/2021	10%		
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 2 a Casatenovo/Merate	15%	5%	
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 Cosenza	10%		
<p><i>Prospettive dell'utenza e stakeholder</i></p>							
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%	
<p><i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i></p>							
<p>Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi</p>							

IL RESPONSABILE

IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE GENERALE



Scheda obiettivi 2021

'R0105000 - SOC AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO ATL		Responsabile : Direttore Dipartimento: Dott. Di Ruscio		BUDGET 2021			
SETTORE	PROGR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPART
<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%
	2	Predisposizione regolamenti aziendali	Revisione regolamento incarichi legali esterni	Presentazione proposta alla Direzione Generale	entro 31/12/2021	15%	
	3	Gestione sinistri	Predisposizione report sull'andamento dei sinistri	Report semestrale da presentare alla Direzione	entro 31/07/2021 e 31/01/2022	10%	15%
	4	Gestione attività contenzioso	Presenza 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%
	5	Percorso Attuativo Certificabilità Bilanci	Rivisitazione ed Aggiornamento Pac Crediti Ricavi	Stesura del documento aggiornato	Entro il 30/11/2021	15%	10%
	6	Campagna vaccinale	Partecipazione secondo le modalità indicate dalla Direzione Amministrativa alla campagna vaccinale	vedi azione	vedi indicatore		20%
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>							
	7	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	10%	
<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




PROG. GR.		OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZIA	PESO COMPARTO
BUDGET 2021							
PROG. GR.		Direttore Dipartimentale: dott. Di Ruscio Roberto		Responsabile: Dott. Madoe Direttore Dipartimentale: dott. Di Ruscio Roberto			
Economico-finanziario							
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)							
1	Aggiornamento varie sedi	Valutazione Rischi per le	Redazione DVR aggiornati	Completamento aggiornamento per i presidi di Ancona e Fermo	Adozione atti entro il 30/11/2021	20%	15%
2	Aggiornamento e redazione protocollo sicurezza covid-19		Redazione del documento di aggiornamento e degli allegati. Proposta di determina	Condivisione con RUS e MC	Proposta determina entro il 31/07/2021	20%	15%
3	Implementazione sicurezza antincendio		Sviluppo formazione	Organizzazione dei corsi	Incremento di personale formato	10%	10%
4	Sviluppo formazione ai sensi del decreto 81		Individuazione del fabbisogno formativo	Redazione degli elenchi dei partecipanti	vedi indicatore	20%	15%
5	Campagna vaccinale		Partecipazione secondo le modalità indicate dalla Direzione Amministrativa alla campagna vaccinale	vedi azione	vedi indicatore		15%
Prospettiva dell'utenza e stakeholder							
6	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	5%	
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




PRO101700 - SOSP FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE		Responsabile : <i>Dott.ssa Perenti</i> Direttore Dipartimento: <i>Dott. Di Ruscio</i>		BUDGET 2021			
SETTORE	PRO GR.	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO
<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%	
	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%
	3	Implementazione e sviluppo dei rapporti interaziendali	Regolamento tirocini e frequenze volontarie	Proposta regolamento	entro il 30/11/2021	10%	
	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%
	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 della giornata della trasparenza aziendale	vedi indicatore	10%	10%
	7	Ridefinizione del Piano della comunicazione interno ed esterno	Elaborazione di un modello comunicativo coerente con la dimensione aziendale	Elaborazione modello	Entro il 30/11/2021	10%	10%
	8	Campagna vaccinale	Partecipazione secondo le modalità indicate dalla Direzione Amministrativa alla campagna vaccinale	vedi azione	vedi indicatore	10%	15%
<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%	
<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

Roberta Perenti
Di Ruscio

**R0102000 - SOS UFFICIO
PER LA RICERCA,
L'INNOVAZIONE ED IL
TRASFERIMENTO
TECNOLOGICO**

**Responsabile : dr.ssa Bustacchini
Direttore Dipartimento: Dott. Di Ruscio**

BUDGET 2021

SETTORE	PROG R.	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO
<i>Economico-finanziario</i>							
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>							
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>							
	1	Attività scientifica: Produzione scientifica	Publicazioni scientifiche	Punteggio Impact Factor		20,00	10,0%
	2	Attività scientifica: Ricerca a Progetto	Supporto metodologico all'attività scientifica dipartimentale	N. di riunioni partecipate	Partecipazione al management delle attività scientifiche dell'Istituto e della Rete Ageing	Almeno due report finale	5,0%
	3	Operare in rete	Contribuire per quanto di competenza alle attività scientifiche	Partecipazione al management delle attività scientifiche relative all'implementazione dei risultati di ricerca e pratica clinica	Bleiprint program per lo sviluppo di competenze relative alla implementazione dei risultati di ricerca e pratica clinica	Report entro Dicembre 2021	10,0%
	4	Formazione	Organizzazione di corsi di formazione per personale medico e di ricerca	Utilizzo di banche dati e sistemi bibliometrici	Supporto alla presentazione ed implementazione di idee progettuali nell'ambito della ricerca biomedica per l'utilizzo della Biobanca	Report sullo stato dell'arte entro dicembre 2021	10%
	5	Attrezzature/ Facilities	Supporto allo sviluppo ed implementazione di piani di attività scientifica per l'utilizzo della Biobanca	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%
	6	Rafforzamento dell'identità d'Istituto	Realizzazione di strumenti conoscitivi dell'Istituto per i nuovi assunti				10%
	7	Miglioramento Comunicazione intraziendale	Messa in campo di strumenti "facilitatori" di una migliore comunicazione all'interno dell'Istituto	Incarca Talk	Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predispersione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuate dalla Direzione.	Avvio delle attività a partire da settembre 2021	5%
	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			Report sull'attività svolta	15%
Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							

**IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE**

Silvia Baldoni
[Signature]

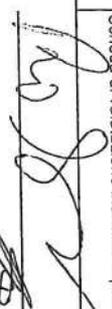
R0102500 - SOSD
**MODELLI ASSISTENZIALI
 E NUOVE TECNOLOGIE**

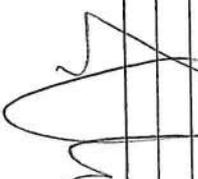
Responsabile : Ing. Rossi
 Direttore Dipartimento: Dott. Di
 Ruscio

BUDGET 2021

SETTORE	PROGR.	OGGETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OGGETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO
Economico-finanziario							
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>							
Prospettiva dell'utenza e stakeholder	1	Produzione scientifica	Incremento della produzione scientifica	Punteggio IF		15%	
	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%	
	3	Trasferimento tecnologico	Partecipazione al gruppo di lavoro ministeriale e valorizzazione del portfolio brevetti	Avvio attività valorizzazione brevetti	report finale	15%	15%
	4	Miglioramento Comunicazione intraziendale	Messa in campo di strumenti "facilitatori" di una migliore comunicazione all'interno dell'Istituto	Inca Talk	Avvio delle attività a partire da settembre 2021	10%	15%
	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%
	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%
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					

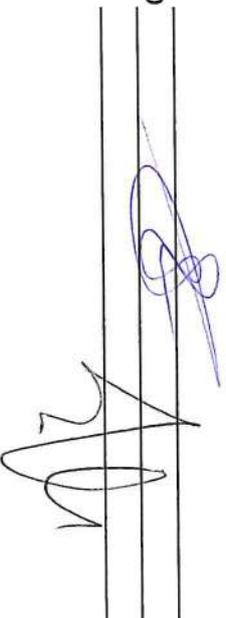
IL RESPONSABILE
 IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
 IL DIRETTORE GENERALE





R0101000 - PO SEGRETERIA DELLA DIREZIONE		BUDGET 2021					
SETTORE	PRO GR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZ A	PESO COMPARTO
<i>Economico-finanziario</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%
	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%
	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	Trasmisione della convocazione, invio del verbale debitamente sottoscritto		15%
	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	Trasmisione della convocazione all'Oiv, invio del verbale debitamente sottoscritto alla Direzione Generale		15%
<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					

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE



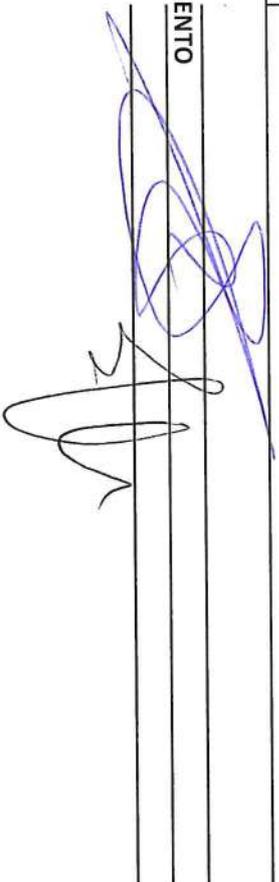
Scheda obiettivi 2020

R0102700 - SEGRETERIA DIREZIONE SCIENTIFICA		Responsabile : dr. Di Ruscio			BUDGET 2021		
SETTORE	PROG R.	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPART O
<i>Economico-finanziario</i>							
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>							
	1	Coordinamento rete IRCCS AGING	Supporto all'attività di coordinamento della rete Aging	Verbali degli incontri	vedi indicatore		20%
	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	Pubblicazione sul sito al link Amministrazione Trasparente		15%
	3	Segreteria all'Organo Istituzionale Consiglio di Indirizzo e Verifica	Stesura e gestione dei verbali	Numero verbali approvati	vedi indicatori		20%
	4	Gestione rapporti Ministero della Salute - Workflow della Ricerca	Caricamento flusso informativo richiesto	Rispetto delle scadenze	vedi indicatori		15%
<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					

IL RESPONSABILE

IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

IL DIRETTORE GENERALE



DIPARTIMENTO CENTRO SERVIZI ATL

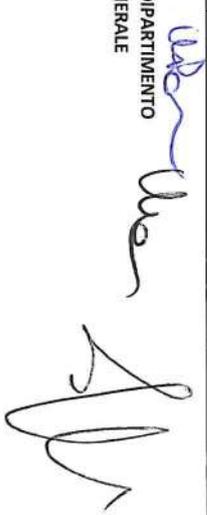
R0105100 - UOC ACQUISIZIONE BENI SERVIZI LOGISTICA		Responsabile : Dr.ssa Nardi Direttore Dipartimento: dr.ssa Nardi		BUDGET 2021			
SETTORE	OG	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO
<i>Economico-finanziario</i>							
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>							
	PR						
	OG						
	R.						
	1	Riorganizzazione del magazzino rispetto alle criticità evidenziate 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%
	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%
	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%
	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%	10%
	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%
	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%
	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%	5%
	8	Applicazione PRPC 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%	5%
	9	Campagna vaccinale	Partecipazione secondo le modalità indicate dalla Direzione Amministrativa alla campagna vaccinale	vedi azione	vedi indicatore		15%
	10	Percorso Attuativo Certificabilità Bilanci	Rivisitazione ed Aggiornamento Pac. Disponibilità Liquide	Stesura del documento aggiornato	Entro il 30/11/2021	5%	5%
	11	Percorso Attuativo Certificabilità Bilanci	Rivisitazione ed Aggiornamento Debiti Costi	Stesura del documento aggiornato	Entro il 30/11/2021	5%	5%
<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%	5%
<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

[Signature]
[Signature]
[Signature]

R0105200 - SOC AMMINISTRAZIONE RISORSE UMANE ATI		Responsabile : Dr.ssa Pederni Direttore Dipartimento: dr.ssa Nardi		BUDGET 2021			
SETTORE	PRG SGR	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO
<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	Publicazione dell'avviso, esamina delle domande, determina di conclusione procedimento in merito ai vincitori	Trasmisione determina di approvazione della graduatoria degli aventi diritto entro 4 mesi dalla pubblicazione del bando	10%	10%
	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%	10%
	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%
	4	Riattivazione Riabilitazione INRCA Casatenovo	Presentazione e attuazione gant per la riapertura della riabilitazione con attività del gruppo di lavoro coordinato da DS e DA con la presenza di UO Aru, Area Infermeristica e Riabilitativa, DAPD, Ufficio Tecnico e Cogest	Presentazione e attuazione gant di attività	attivazione entro 01/09/2021	5%	5%
	5	Miglioramento dell'offerta sanitaria	Predisposizione delle azioni necessarie alla copertura di tutti i posti di piena organica del personale del Pronto Soccorso di Osimo	vedi indicatore	entro 31/12/2021	5%	5%
	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/Merate	10%	
	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%	5%
	8	Applicazione PTPC 2021-2023	Presenza nel fascicolo dei dirigenti titolari di incarico della dichiarazione sull'insussistenza di cause di incompatibilità 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%
	9	Applicazione PTPC 2021-2023	Presenza della dichiarazione sull'insussistenza di conflitto di interesse tale da determinare l'incompatibilità 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%
	10	Percorso Attuativo Certificabilità Bilanci	Rivisitazione ed Aggiornamento Debiti Costi	Stesura del documento aggiornato	Entro il 30/11/2021	5%	5%
	11	Campagna vaccinale	Partecipazione secondo le modalità indicate dalla Direzione Amministrativa alla campagna vaccinale	vedi azione	vedi indicatore	5%	15%
	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%	5%
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



Scheda obiettivi 2021

R0105300 - SOSD AMMINISTRAZION E FINANZA ATL		Responsabile : Dr.ssa Pacenti Direttore Dipartimento: dr.ssa Nardi		BUDGET 2021					
SETTORE	PRO GR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO		
<i>ECONOMICO-FINANZIARIA</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%		
	2	Percorso Attuativo Certificabilità Bilanci	Rivisitazione ed Aggiornamento Debiti Costi	Stesura del documento aggiornato	Entro il 30/11/2021	10%	10%		
	3	Percorso Attuativo Certificabilità Bilanci	Rivisitazione ed Aggiornamento Pac _Disponibilità Liquide	Stesura del documento aggiornato	Entro il 30/11/2021	10%	10%		
	4	Campagna vaccinale	Partecipazione secondo le modalità indicate dalla Direzione Amministrativa alla campagna vaccinale	vedi azione	vedi indicatore		15%		
	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%		
	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%		
	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%			
<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%			
<i>Sviluppo e</i>		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	30%

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE

Dr.ssa Pacenti
Dr.ssa Nardi
[Signature]

Scheda obiettivi 2021

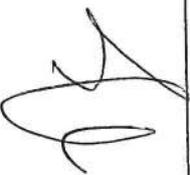
PRO		OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO
<p>Economico-finanziario Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</p>							
1	Migrazione sistema di protocollo Iride alla nuova versione IRIDE	Installazione nuova piattaforma open, implementazione data base, configurazione, test, formazione e avvio.	Utilizzo del nuovo sistema	Attivazione del sistema Iride entro il 30/11/2021	10%	20%	
2	Applicazione del nuovo atto aziendale attraverso l'avvio e la conclusione di tutti i percorsi e di tutte le attività derivanti da tale attuazione	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%		
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%		
4	Campagna vaccinale	Partecipazione secondo le modalità indicate dalla Direzione Amministrativa alla campagna vaccinale	vedi azione compresa attività numero verde	vedi indicatore		15%	
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%	
6	Miglioramento servizi intraziendali	Avvio delle attività del servizio del medico competente	Vedi azione per tutte le sedi Inrca	entro 31/07/2021	10%	10%	
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%		
<p><i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i></p>							
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%		
<p><i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi, relazionali e organizzativi</i></p>							
<p>Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi</p>							
<p>IL RESPONSABILE IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO IL DIRETTORE GENERALE</p>							

BUDGET 2021

Scheda obiettivi 2021

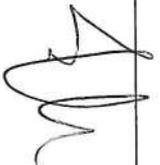
R0105400 - SOC ATTIVITA' TECNICHE NUOVE OPERE PATRIMONIDATI		Responsabile : Ing. Modco Direttore Dipartimento: dr.ssa Noedi		BUDGET 2021				
SETTORE	PRO GR.	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBBIETTIVO	PESO DIRIGENZIALE	PESO COMPARTIMENTALE	
Economico-finanziaria Processi interni (in termini quantitativi, 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 delle ricognizioni entro il 31/07/2021 Emissione di avvisi di vendita entro il 31/12/2021	10%	5%	
	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%	10%	
	3	Campagna vaccinale	Partecipazione secondo le modalità indicate dalla Direzione Amministrativa alla campagna vaccinale	vedi azione	vedi indicatore			
	4	Miglioramento servizi intraziendali	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%	
	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%	
	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			
	7	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 Anu, Area Infermeristica e Riabilitativa, DAPD, Ufficio Tecnico e Cogest	Presentazione e attuazione gantt di attività	attivazione entro 01/09/2021	10%	5%	
	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%	
	9	Miglioramento servizi aziendali	Realizzazione manutenzione area verde Por di Casatenovo	vedi indicatore	2 volte nel 2021	10%	5%	
Prospettive dell'utenza e stakeholder								
Sviluppo e innovazione del processi produttivi e organizzativi		11	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi	Site Visit 2021 - Partecipazione alle organizzazione e realizzazione delle attività operative per la visita ipocritica della Commissione nominata dal Ministero della Salute	Partecipazioni agli incontri organizzati dalla Direzione. Predisposizione documentazione e partecipazione alle attività per la site visit individuale della Direzione.	Report sull'attività svolta	5%	30%

IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE



PROG.0105500 - SOSSO AREA SISTEMI INFORMATIVI ATL		Responsabile : Ing. Arzeni Direttore Dipartimento: dr.sso Nardi		BUDGET 2021		PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTIO		
SETTORE	PRO GR.	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO				
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)									
	1	Migrazione sistema di protocollo Irde alla nuova versione IRIDE	Installazione nuova piattaforma open, implementazione data base, configurazione, test, formazione e avvio.	Utilizzo del nuovo sistema	Attivazione del sistema Irde entro il 30/11/2021	5%	5%		
	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%		
	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%		
	4	Campagna vaccinale	Partecipazione secondo le modalità indicate dalla Direzione Amministrativa alla campagna vaccinale	vedi azione	vedi indicatore		10%		
	5	Miglioramento servizi intrazendali	Realizzazione di una procedura informatca 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%		
	6	Miglioramento servizi intrazendali	Possibilità di accesso da fuori rete Inrca al portale dipendente	Presentazione di un progetto di fattibilità	Presentazione del progetto entro 31/10/2021	10%			
	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%		
	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%		
	9	Miglioramento comunicazione aziendale	Nuovo sito aziendale	Avvio verso l'utenza esterna	Entro 30 giorni dal nulla osta dell'area comunicazione		10%		
	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	Z a Casatenovo/Merate		10%		
	11	Tempi di attesa	Publiccazione 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%		
Prospettiva dell'utenza e stakeholder									
	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	10%			
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	30%

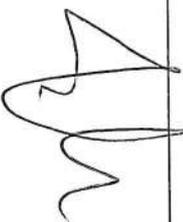
IL RESPONSABILE
IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
IL DIRETTORE GENERALE

Scheda obiettivi 2021

R3612200 - SOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESIDI AN FE AP		Responsabile : Dr.ssa Fioravanti Direttore Dipartimento : dr.ssa Nardi		BUDGET 2021		PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO		
SETTORE	PROGR.	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBBIETTIVO				
<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%			
	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%		
	3	Campagna vaccinale	Partecipazione secondo le modalità indicate dalla Direzione Amministrativa alla campagna vaccinale	vedi azione	vedi indicatore	10%	20%		
	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	Publicazione entro il 31/12/2021	5%	10%		
	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 (PONGLA 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%		
	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%		
	7	Percorso Attuativo Certificabilità Bilanci	Rivisitazione ed Aggiornamento Pac Crediti Ricavi	Stesura del documento aggiornato	Entro il 30/11/2021	10%			
	8	Percorso Attuativo Certificabilità Bilanci	Rivisitazione ed Aggiornamento Pac Disponibilità Liquide	Stesura del documento aggiornato	Entro il 30/11/2021	10%			
<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 individuare dalla Direzione.	Report sull'attività svolta	10%	10%		
<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

R2602200 - SOC		Responsabile : <i>D.ssa Fioravanti</i>			BUDGET 2021		PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO
DIREZIONE	SETTORE	PRO GR	OGGETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO		
<i>Economico-finanziario</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	Temporaneo inserimento del CIG nel sistema Navision	Inserimento del CIG nel sistema Navision al massimo entro 30 gg dalla fine del trimestre	10%	20%
		2	Miglioramento performance amministrativa	inserimento temporaneo 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	15%	20%
		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%
		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%
		5	Percorso Attuativo Certificabilità Bilanci	Rivistazione ed Aggiornamento Pac Crediti Ricavi	Stesura del documento aggiornato	Entro il 30/11/2021	10%	
		6	Percorso Attuativo Certificabilità Bilanci	Rivistazione ed Aggiornamento Pac	Stesura del documento aggiornato	Entro il 30/11/2021	10%	
		<i>Prospettivo dell'utenza e stakeholder</i>						
		<i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i>					25%	30%
		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						

IL RESPONSABILE
 IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO
 IL DIRETTORE GENERALE

[Signature]

[Signature]

R2902200 - SOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESIDIO CT		Responsabile : Dr.ssa Fioravanti		BUDGET 2021		PESO DIRIGENZ A	PESO COMPART O		
SETTORE	PROGR.	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO				
<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 rendere coerenti con i costi vivi sostenuti dall'Istituto	elaborazione di una procedura operativa	presentazione della procedura entro il 31/12/2021	10%			
	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/ordine sul sistema Navision	tempo medio di inserimento pari a 4 giorni, calcolato sul 2021	10%	15%		
	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%		
	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%		
	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, DAPD, Ufficio Tecnico e Cogest	Presentazione e attuazione gantt di attività	attivazione entro 01/09/2021	10%	10%		
	6	Attuazione piano investimenti	Realizzazione di tutti gli acquisti di cui al Piano Investimenti pertinenti della DAPD definito sulla base dei finanziamenti regionali	Realizzazione acquisti indicati nella determina del Piano Investimenti	entro 31/12/2021	10%	20%		
	7	Miglioramento servizi aziendali	Realizzazione manutenzione area verde Por di Casatenovo	vedi indicatore	2 volte nel 2021	10%			
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>									
	8	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	10%			
<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

