RELAZIONE SULLE PERFORMANCE - ANNO 2017

Premessa

Il piano delle performance aziendali di cui alla determina del Direttore Generale n. 17/2017 ha trovato il suo completamento nella definizione degli obiettivi all'interno delle schede di budget dei singoli CDR e facenti riferimento ai macro obiettivi aziendali contenuti nell'ambito delle linee guida del budget 2017.

A tal proposito il Piano delle Performance 2017 approvato con Determina DGEN 17/2017 è stato successivamente integrato con DGEN 320/2017 e con la nota 35186/17 – DG del 22/12/2017. Con tali documenti sono stati individuati ed aggiornati gli obiettivi ad assegnati alle strutture aziendali.

Il piano delle performance anno 2017 ipotizzato attraverso le linee guida del budget e declinato in obiettivi di CDR fa riferimento a tutti gli ambiti aziendali e quindi ipotizzava obiettivi (performance) scientifici, sanitari, amministrativi ed economici considerati sia singolarmente che interconnessi fra di loro.

Contesto esterno di riferimento

L'analisi circa il raggiungimento delle performance aziendali risente inevitabilmente delle dinamiche istituzionali con i diversi stakeholder di riferimento, in primis le tre Regioni di riferimento (Regione Lombardia, Regione Marche e Regione Calabria) e con i competenti Ministeri per l'area scientifica e sanitaria. Da questo punto come già indicato in sede di Bilancio d'esercizio la gestione aziendale 2017 è stata caratterizzata da una stabilizzazione dell'attività istituzionale attraverso il consolidamento della mission aziendale e il pieno inserimento dei presidi nei diversi percorsi regionali di riferimento. Sempre sin questa logica si segnala che con la Regione Calabria è stato finalmente chiuso nel corso del 2018 il percorso per la transazione relativa alla copertura delle perdite degli anni precedenti ed è stata fissata per il 30/09/2018 la data di scadenza per l'accordo sul piano di razionalizzazione e sviluppo del Presidio di Cosenza. Inoltre sempre nel 2017 vi è stata la positiva emanazione del Decreto della Regione Calabria (n. 174/2017) che ha coperto per intero la perdita 2015 e che ha ribadito nei fatti il pieno inserimento del Presidio di Cosenza nell'ambito del SSR calabrese. In realtà va specificato che l'accordo di transazione appena concluso originariamente riguardava tutto il pregresso fino al 2012, mentre era inteso che per il triennio 2013 – 2015 sarebbe esistito un piano di ristrutturazione e sviluppo aziendale (già concordato con la Regione da allegare all'accordo transattivo diventando parte integrante e sostanziale dello stesso) per la progressiva riduzione dei costi e l'incremento delle attività al fine di giungere, alla fine del periodo considerato, ad una situazione di sostanziale equilibrio economico. Nella sostanza invece si è concluso l'accordo transattivo fino al 2012 e sono state coperte le perdite fino a tutto il 2015 secondo le modalità dei decreti di ripiano al pari del già citato decreto 174/2017 mentre si è rimandato al successivo accordo da realizzarsi entro il 30/09/2018 il piano di razionalizzazione e sviluppo le cui attività propedeutiche, come si evince dai numeri del bilancio, si sono avviate.

Con la Regione Sardegna invece prosegue l'iter giudiziario a suo tempo avviato stante la dichiarata volontà della stessa di non transigere con l'Istituto.

L'istituto

Il bilancio per l'esercizio 2016 dell'Istituto presenta una perdita complessiva di -1.177.231,88 € comprensiva delle imposte d'esercizio. Di seguito si dà una rappresentazione sintetica delle risorse finanziarie assegnate e del loro utilizzo con definizione delle risultanze aggregate del Bilancio Consuntivo 2017:

a)	Valore della produzione	Euro	89.763.965,57 +
b)	Costi della produzione	Euro	87.707.433,14 -
c)	Proventi ed oneri finanziari	Euro	84.094,8 -
d)	Rettifica di valore att. Finanz.	Euro	===
e)	Proventi ed oneri straordinari	Euro	307.876,09 +
f)	Irap e imposte e tasse	Euro	3.457.545,6 -
	PERDITA D'ESERCIZIO	Euro	1.177.231,88 -

La perdita di esercizio 2017 è interamente dovuta al Presidio di Cosenza il cui percorso di recupero istituzionale è oggi stato finalmente sancito. Relativamente allo specifico delle modalità di copertura delle perdite si deve rilevare come già detto che la stessa derivi solo dal sezionale della Calabria e conseguentemente sia imputabile solo al Presidio di Cosenza. In questa logica la modalità di copertura della perdita non potrà che riguardare la sola Regione Calabria.

Con riferimento alla perdita citata si osserva in maniera generica, rimandando all'analisi economica del singolo presidio per l'osservazione puntuale delle motivazioni della perdita, come il deficit d'esercizio dipenda da un mancato o ridotto extra finanziamento dell'attività erogata, posto che tutte le aziende sanitarie pubbliche si trovano nella condizione, al fine di raggiungere un equilibrio economico finanziario, di avere bisogno di un finanziamento ulteriore rispetto al valore della produzione erogata.

In questo senso l'accordo concluso tra la Regione Calabria, l'Inrca e la Regione Marche è impostato in questa direzione, nel senso di superare le problematiche sin qui emerse attraverso una transazione sulle perdite pregresse e la realizzazione di un percorso virtuoso di razionalizzazione e sviluppo per il triennio futuro. Dunque un accordo che oltre a transare sul tema della copertura delle perdite pregresse, getta le basi perché le stesse non possano generarsi in futuro.

Pertanto la perdita di esercizio 2017 troverà copertura secondo le modalità già descritte in precedenza per gli esercizi antecedenti al 2017. Modalità che trovano piena conferma anche con quanto indicato al comma 4 dell'articolo 3 dell'accordo transattivo laddove è specificato che:

4. Per gli esercizi successivi al 2015 la Regione Calabria si impegna a riconoscere le perdite d'esercizio maturate dal Presidio ospedaliero INRCA di Cosenza attraverso l'adozione di specifici provvedimenti commissariali di copertura, garantendo l'erogazione delle somme disponibili entro 2 mesi dalla loro adozione fino alla messa a regime del Piano di razionalizzazione e sviluppo di cui all'articolo 2.

Di seguito si dà rappresentazione delle risorse umane, suddivise per articolazione aziendale, espresse in termini di unità equivalenti anno:

	TOTALE INRCA	PRESIDI MARCHE	POR COSENZA	POR CASATENOVO	POLO SCIENTIFICO E TECNOLOGICO	AREA DIREZIONALE E AMMINISTRATIVA
TOT - Totale Qualifiche	934,78	633,67	95,87	88,69	20,83	95,71
RS - Tot Ruolo Sanitario	667,35	504,64	76,56	57,22	13,90	15,03
SDM - Tot Dirigenza Sanitaria Medica	153,27	117,47	19,82	11,98	2,00	2,00
SDNM - Tot Dirigenza Sanitaria non Medica	34,97	15,99	1,00	1,00	8,98	8,00
SC - Tot Comparto Sanitario	479,11	371,18	55,74	44,24	2,92	5,03
RP - Tot Ruolo Professionale	3,00	-	-	-	-	3,00
PD - Tot Dirigenza Professionale	3,00	-	-	-	-	3,00
PC - Tot Comparto Professionale	-	-	-	-	-	-
RT - Tot Ruolo Tecnico	163,82	106,93	12,31	22,77	5,85	15,97
TD - Tot Dirigenza Tecnico	10,08	1,00	0,33	-	3,85	4,90
TC - Tot Comparto Tecnico	153,74	105,93	11,98	22,77	2,00	11,07
RA - Tot Ruolo Amministrativo	100,61	22,10	7,00	8,71	1,08	61,71
AD - Tot Dirigenza Amministrativa	7,83	0,90	1,00	-	-	5,93
CA - Tot Comparto Amministrativo	92,77	21,20	6,00	8,71	1,08	55,78

I risultati raggiunti a livello complessivo

Le risorse a disposizione sinteticamente descritte nel paragrafo precedente hanno consentito di produrre l'attività di seguito rappresentata nelle diverse tipologie che la caratterizzano, confrontando i dati consuntivi 2017 e 2016.

Attività di ricovero

TOTALE INRCA				
Indicatori di produttività - Attività di ricovero ed Ambulatoriale	Anno 2016	Anno 2017		
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo		
POSTI LETTO Degenza Ordinaria	311,20	310,71		
Numero Ricoveri Degenza Ordinaria	8.440	8.360		
GG Degenza Ordinaria	101.708	101.427		
Tasso Occupazione PL Degenza Ordinaria				
VALORE Degenza Ordinaria	33.847.622	33.394.356		
DRG Medio Degenza Ordinaria				
Degenza media DO	12,05			
POSTI LETTO DH	4.0			
Numero Ricoveri in DH	940	857		
GG DH	1.598			
Tasso Occupazione PL in DH				
VALORE DH	948.245			
VALORE MEDIO AD ACCESSO	593	380		
DRG Medio DH	1.009	838		
Degenza Media DH	2	2		
Numero Ricoveri in DS	82			
GG DS	82			
VALORE DS	146.507			
DRG Medio DS	1.787	1.964		
Numero ricoveri	9.462			
VALORE ricoveri	34.942.374	34.287.600		

L'attività di ricovero, complessivamente intesa (Degenza ordinaria, day hospital e day surgery), è in leggero decremento quantitativo e a livello valoriale. In realtà per avere una analisi più corretta il dato va disaggregato per i diversi presidi riferimento in quanto il dato Inrca rappresenta la sommatoria delle diverse dinamiche regionali.

Nello specifico si osserva di seguito l'andamento dei presidi marchigiani.

POR di Ancona				
Indicatori di produttività - Attività di ricovero ed Ambulatoriale	Anno 2016	Anno 2017		
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo		
POSTI LETTO Degenza Ordinaria	150,26	153,00		
Numero Ricoveri Degenza Ordinaria	4.603	4.760		
GG Degenza Ordinaria	50.478	51.259		
Tasso Occupazione PL Degenza Ordinaria				
VALORE Degenza Ordinaria				
DRG Medio Degenza Ordinaria		4.239,68		
Degenza media DO		10,77		
POSTI LETTO DH	4,0	4,0 857		
Numero Ricoveri in DH	940	857		
GG DH	1.598			
Tasso Occupazione PL in DH	79.9%			
VALORE DH				
VALORE MEDIO AD ACCESSO	593	380		
DRG Medio DH	1.009			
Degenza Media DH	2	2		
Numero Ricoveri in DS	82	89		
GG DS	82	89		
VALORE DS	146.507	174.761		
DRG Medio DS	1.787	1.964		
Numero ricoveri	5.625	5.706		
VALORE ricoveri	21.212.427	21.074.108		

Come si osserva l'attività di ricovero si è sostanzialmente mantenuta ai livelli complessivi dell'anno precedente (-0,65%) anche se in realtà tale situazione è il frutto di diverse variazioni. Nello specifico si osserva la diminuzione dell'attività dell'UO chirurgia sia a livello ordinario che a livello di attività in dh/ds dovuta ad una consistente diminuzione delle risorse umane a disposizione, in via di superamento nel corso del 2018. A livello ordinario la diminuzione di attività citata è stata compensata a livello quantitativo dal forte incremento dell'UO Urologia, i cui valori medi sono comunque più contenuti e ciò ha influito sulla leggera diminuzione del DGR Medio. Mentre a livello di attività in regime dh/ds non vi è stata analoga compensazione e pertanto si osserva una contrazione in questo regime assistenziale.

POR di Fermo				
Indicatori di produttività - Attività di ricovero ed Ambulatoriale	Anno 2016	Anno 2017		
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo		
POSTI LETTO Degenza Ordinaria	58,28	57,28		
Numero Ricoveri Degenza Ordinaria	1.031	923		
GG Degenza Ordinaria	19.575	19.295		
Tasso Occupazione PL Degenza Ordinaria	92,1%	92,3%		
VALORE Degenza Ordinaria	4.631.809	4.270.035		
DRG Medio Degenza Ordinaria	4.492,54	4.626,26		
Degenza media DO	19,31	21,35		
Numero ricoveri	1.031	923		
VALORE ricoveri	4.631.809	4.270.035		

L'attività del presidio di Fermo è in diminuzione per la ridotta apertura di posti letto in ambito riabilitativo e lungodegenziale a causa di criticità nel reperimento di personale infermieristico e medico. Tutto ciò ha comportato un appesantimento dell'attività di geriatria che ha visto fortemente incrementata la sua degenza media (come si vede dalla variazione del valore medio che ovviamente è il valore medio tra geriatria, riabilitazione e degenza post acuzie) per impossibilità a procedere alla dimissione in tempi ottimali.

Da un punto di vista qualitativo si può osservare l'andamento dei più significativi obiettivi regionali 2017 contenuti nella DGRM 146 e 243 / 2017 il cui raggiungimento è spesso stato condizionato dalla difficoltà nell'ambito del reclutamento del personale dipendente.

Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target INRCA	dato 2016	dato 2017	note
INCREMENTO PRODUZIONE E CONTRASTO MOBILITA' PASSIVA	Flusso SDO	Potenziamento ricoveri chirurgici di alta complessità in regime ordinario nei DRG specifici	(∑ DRG in R.O. 2017) - (∑ DRG in R.O. 2016)	(∑ DRG in R.O. 2016)	+7,8% (∑DRG 149, 303, 515, 569, 570)	90	97	l'incremento è pari al 7,8% ed è comprensivo dell'attività svolta presso il presidio di Osimo in quanto sin da ottobre 2016 l'UO Chirurgia è integrata e unica tra i due presidi
INCREMENTO PRODUZIONE E CONTRASTO MOBILITA' PASSIVA	Flusso SDO	Incremento complessità ricoveri chirurgici in regime ordinario	N° ricoveri chirurgici in regime ordinario ad alta complessità (Peso DRG ≥ 2)	N° totale ricoveri chirurgici in regime ordinario	>2016	437	465	l'obt è stato raggiunti ed è comprensivo dell'attività svolta presso il presidio di Osimo in quanto sin da ottobre 2016 l'UO Chirurgia è integrata e unica tra i due presidi
INCREMENTO PRODUZIONE E CONTRASTO MOBILITA' PASSIVA	Flusso SDO / File C	Potenziamento ricoveri chirurgici e prestazioni ambulatoriali relativi a specifiche attività	(N° ricoveri chirurgici ortopedici [MDC 8] e prestazioni ambulatoriali ortopediche [Branca 19] anno 2017) - (N° ricoveri chirurgici ortopedici [MDC 8] e prestazioni ambulatoriali ortopediche [Branca 19] anno 2016)	(N° ricoveri chirurgici ortopedici [MDC 8] e prestazioni ambulatoriali ortopediche [Branca 19] anno 2016)	>2016			Non ci sono ricoveri ortopedici nel 2017
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (Griglia LEA 2017)	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	< Valore 2016	10,94%	11,97%	Obt non raggiunto
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (Patto per la Salute 2010- 2012)	% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza)	N. dimissioni con DRG chirurgico in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza)	N. complessivo di dimissioni in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezz)	≥ Valore 2016	35,45%	35,87%	Obt raggiunto
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (Patto per la Salute 2010- 2012)	% Ricoveri in DH medico diagnostici/ricoveri in DH medico	Ricoveri in DH medico diagnostici	Ricoveri in DH medico	<1.17		1,92	Obt non raggiunto
efficienza	Flusso SDO (Patto per la Salute 2010- 2012)	% DRG Medici da reparti chirurgici	Dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Dimessi da reparti chirurgici	< 7.27%		5,95%	Obt raggiunto
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (Patto per la Salute 2010- 2012)	% Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici ≥ 65 anni	< 4.51%		4,87%	Obt non pienamente raggiunto
efficienza	Flusso SDO (Patto per la Salute 2010- 2012)	Degenza media pre-operatoria	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici	Dimessi con interventi chirurgici	≤ 1,81		1,385	Obt raggiunto
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (Questionario LEA)	Garantire appropriatezza ed efficienza nelle prestazioni di ricovero ospedaliero per la riabilitazione	8/RAO/16 e 12/RAO/16)	Totale ricoveri di riabilitazione	< Valore 2016	213	238	Obt non raggiunto
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (Questionario LEA)	Garantire appropriatezza ed efficienza nelle prestazioni di ricovero ospedaliero per la riabilitazione	Numero ricoveri di riabilitazione appropriati (Dec. 8/RAO/16 e 12/RAO/16) con giornate di degenza potenzialmente inefficienti (oltre soglia DGR 709/14)	Numero totale di giornate di degenza ricoveri di riabilitazione	< Valore 2016	6603	7378	Obt non raggiunto
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (DM 21/06/16 - "Piani di rientro" di cui art. 1, c.528, L.208/15)	Infatro Miocardico Acuto: mortalità a 30 gg	N° episodi di IMA, in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data ricovero indice	N° episodi di IMA	< Valore 2016 per "POR Ancona"			dati non disponibli perché legati a calcoli PNE
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (DM 21/06/16 - "Piani di rientro" di cui art.1, c.528, L.208/15)	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 gg	N° ricoveri con dia, princ, di scompenso cardiaco in cui il pz. risulti deceduto entro 30 gg da data ricovero	Nº ricoveri con dia. princ. di scompenso cardiaco	< Valore 2016 per "POR Ancona"			dati non disponibli perché legati a calcoli PNE
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (DM 21/06/16 - "Piani di rientro" di cui art.1, c.528, L.208/15)	Ictus ischemico: mortalità a 30 gg	Nº ricoveri con dia. princ. ictus ischemico in cui il pz. risulti deceduto entro 30 gg da data ricovero	Nº ricoveri con dia. princ. ictus ischemico	≤ 10% per "POR Ancona"			dati non disponibli perché legati a calcoli PNE
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (DM 21/06/16 - "Piani di rientro" di cui art.1, c.528, L.208/15)	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 gg	N° ricoveri indice per BPCO riacutizzata in cui il pz. risulti deceduto entro 30 gg da data ricovero	Nº ricoveri indice per BPCO riacutizzata	< Valore 2016 per "POR Ancona"			dati non disponibli perché legati a calcoli PNE
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (DM 21/06/16 - "Piani di rientro" di cui art.1, c.528, L.208/15)	Int. TM colon: mortalità a 30 gg	N° ricoveri con int. di asportazione TM colon, in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data intervento	N° ricoveri con int. di asportazione TM colon	< Valore 2016 per "POR Ancona"			dati non disponibli perché legati a calcoli PNE
MIGLIORAMENTO QUALITA' Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016 volumi/esiti	c.528, L.208/15)	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche eseguite in U.O. con volumi di attività > 100 interventi annui	Numero ricoveri per colecistectomia laparoscopica in reparti con volumi di attività > 100 casi annui	Numero totale ricoveri per colecistectomie laparoscopiche	Assenza colecistectomie laparoscopiche		8	sono casi residuali erogati prima dell'entrata in vigore della DGRM
DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016 volumi/esiti	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani di rientro" di cui art.1, c.528, L.208/15)	% pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Pazienti con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria <3 giorni	Totale pazienti sottoposti a colecistectomia laparoscopica	Assenza colecistectomie laparoscopiche		5	sono casi residuali erogati prima dell'entrata in vigore della DGRM
MIGLIORAMENTO QUALITA' Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016 volumi/esiti	Flusso SDO (DM 70/2015)	Proporzione di ricoveri per infarto miocardico acuto eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi >100 casi annui	Numero di ricoveri per infarto miocardico acuto eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 100 casi annui	Numero totale ricoveri per infarto miocardico acuto	95%			Obt raggiunto
MIGLIORAMENTO QUALITA' Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016 volumi/esiti	Flusso SDO (DM 70/2015)	Proporzione di ricoveri per PTCA eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui	Numero di ricoveri per PTCA eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui	Numero totale ricoveri per PTCA	Assenza PTCA			Obt raggiunto
MIGLIORAMENTO QUALITA' Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016 volumi/esiti	Flusso SDO (DM 70/2015)	Proporzione di ricoveri per PTCA primarie in STEMI eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui totali	Numero di ricoveri per PTCA primarie in STEMI eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui totali	Numero totale ricoveri per PTCA totali eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui totali	Assenza PTCA			Obt raggiunto
MIGLIORAMENTO		% di IMA trattati con PTCA entro 2 gg	Numero di ricoveri di IMA con PTCA eseguita entro 2 giorni	Numero totale di ricoveri per IMA	>30% o assenza PTCA			Obt raggiunto in quanto il sistema di emergenza territoriale trasferisce presso l'Istituto solo i casi NSTEMI

Per ciò che concerne gli altri Presidi Inrca fuori dall'ambito marchigiano si osservano le tabelle seguenti

Por di Cosenza				
Indicatori di produttività - Attività di ricovero ed Ambulatoriale	Anno 2016	Anno 2017		
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo		
POSTI LETTO Degenza Ordinaria	46,83	43,58		
Numero Ricoveri Degenza Ordinaria	1.076,00	992,00		
GG Degenza Ordinaria	14.714,00	13.336,00		
Tasso Occupazione PL Degenza Ordinaria	86%	84%		
VALORE Degenza Ordinaria	3.938.500,93	3.778.125,02		
DRG Medio Degenza Ordinaria	3.660,32	3.808,59		
Degenza media DO	13 94	13,63		
Numero ricoveri	1.076,00	992,00		
VALORE ricoveri	3.938.500,93	3.778.125,02		

Nello specifico la diminuzione deriva dalla situazione di incertezza relativa al percorso di recupero funzionale della struttura dopo accordo con la Regione Calabria e legato, tra le altre cose, ad un previo accordo transattivo relativo a partite antecedenti. Tale situazione è in via di superamento nel corso del 2018 con la stipula dell'accordo transattivo e l'avvio della discussione del piano di sviluppo e razionalizzazione del Presidio. In effetti il mancato accordo regionale ha impedito in maniera sostanziale la possibilità di procedere alla sostituzione tempestiva del personale cessato (fisioterapisti e infermieri) con conseguente riduzione delle attività

Por di Casatenovo				
Indicatori di produttività - Attività di ricovero ed Ambulatoriale	Anno 2016	Anno 2017		
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo		
POSTI LETTO Degenza Ordinaria	55,83	56,83		
Numero Ricoveri Degenza Ordinaria	1.730	1.685		
GG Degenza Ordinaria	16.941	17.537		
Tasso Occupazione PL Degenza Ordinaria	82,6%	84,1%		
VALORE Degenza Ordinaria	5.159.637	5.165.332		
DRG Medio Degenza Ordinaria	2.982,45	3.065,48		
Degenza media DO	10,58	11,05		
Numero ricoveri	1.730	1.685		
VALORE ricoveri	5.159.637	5.165.332		

Il presidio di Casatenovo conferma invece la sua totale stabilità oramai consolidatasi in questi anni nell'area pneumologica, acuta e riabilitativa.

Attività ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale

Oltre all'attività prodotta dai presidi ospedaliera nell'ambito territoriale si evidenzia nelle tabelle successive l'attività ambulatoriale, anche suddivisa per sede e quella della struttura riabilitativa residenziale di Appignano, della RSA Residenza Dorica e del centro diurno Alzheimer.

TOTALE INRCA				
Indicatori di produttività - Attività di ricovero ed Ambulatoriale				
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo		
N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI ESTERNE	953.511	921.149		
VALORE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	14.595.635	14.727.529		

Anche per l'attività ambulatoriale si evidenzia la suddivisione per Presidi che consente una migliore lettura dell'andamento complessivo.

POR di Ancona				
Indicatori di produttività - Attività di ricovero ed Ambulatoriale	Anno 2016	Anno 2017		
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo		
N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI ESTERNE	647.764,00	610.425,00		
VALORE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	11.436.139,43	11.585.298,87		

POR di Fermo					
Indicatori di produttività - Attività di ricovero ed Ambulatoriale	Anno 2016	Anno 2017			
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo			
N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI ESTERNE	30.199	31.019			
VALORE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	835.667	830.186			

Por di Cosenza					
Indicatori di produttività - Attività di ricovero ed					
Ambulatoriale	Allilo 2010	Anno 2017			
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo			
N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI ESTERNE	72.699,00	62.987,00			
VALORE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	646.731,06	531.067,57			

Por di Casatenovo				
Indicatori di produttività - Attività di	Anno 2016	Anno 2017		
ricovero ed Ambulatoriale Descrizione	Consuntivo	Consuntivo		
N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI ESTERNE	200.046	211.420		
VALORE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	1.659.935	1.747.355		

Nello specifico si osservano situazioni particolari e specifiche per ciascun Presidio. Così ad esempio nell'ambito del presidio di Ancona il leggero incremento del valore della produzione deriva da più effetti di segno diverso: la diminuzione dell'attività di laboratorio di analisi per esterni (che è alla base del decremento quantitativo della produzione) che è stata più che compensata da incrementi in altre uu.oo. quali neurologia, nutrizione clinica, pneumologia, ecc. Nel presidio di Cosenza la diminuzione è concentrata anch'essa nella riduzione delle attività del laboratorio di analisi per esterni mentre nel presidio di Casatenovo, in controtendenza rispetto agli altri, l'incremento produttivo è legato ad un maggiore afflusso di pazienti nel laboratorio di analisi a causa di congiunture favorevoli nell'ambito del territorio di riferimento.

RSR - TREIA				
Indicatori di produttività - Attività di ricovero ed	Anno 2016	Anno 2017		
Ambulatoriale	711110 2010	741110 Z017		
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo		
POSTI LETTO Degenza Ordinaria	15,48	15,91		
Numero Ricoveri Degenza Ordinaria	134	147		
GG Degenza Ordinaria	4.989	5.098		
Tasso Occupazione PL Degenza	88%	88%		
VALORE Degenza Ordinaria	861.401	880.221		
DRG Medio Degenza Ordinaria	6.428,36	5.987,90		
Degenza media DO	38,06	34,68		
Numero ricoveri	134	147		
VALORE ricoveri	861.401	880.221		
N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI ESTERNE	2.803	3.484		
VALORE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	17.163	25.596		

Attività RSA Residenza Dorica:

- Giornate di degenza erogate per dimessi nel 2016 pari a 8.120
- Giornate di degenza erogate per dimessi nel 2017 pari a 9.586

Attività Centro Diurno Alzheimer:

- Giornate semiresidenziali erogate nel 2016 pari a 3.716
- Giornate semiresidenziali erogate nel 2017 pari a 2.619

Attività di ricerca

Nel corso dell'esercizio 2017 il programma di ricerca e' proseguito sulla base della declinazione degli obiettivi prioritari della ricerca condotta nell'Istituto sull'invecchiamento attivo e a partire dalla conferma del riconoscimento del carattere scientifico dell'Istituto - certificata dal Decreto del Ministero della Salute del 21 marzo 2016 – e dalla definizione all'interno della programmazione triennale – approvata dal Ministero della Salute per il periodo 2013-2015, prorogata anche per gli anni 2016 e 2017 - delle quattro le Linee di Ricerca dell'Istituto, continuando in particolare ad enfatizzare la traslazionalità della ricerca tra scienze sociali e mediche, tra ricerca biomedica e clinica nello studio dei processi di invecchiamento, delle patologie età-correlate e dei problemi e bisogni dell'anziano. Il programma ha incluso il regolare proseguimento di 69 progetti nelle quattro linee di ricerca, con la partecipazione delle diverse professionalità dell'Istituto.

Questa progettualità ha dato luogo nel corso del 2017 ad un rilevante progresso nella produzione scientifica, particolarmente in termini di qualità, di impatto scientifico e di rispetto dei criteri di valutazione adottati dal Ministero della Salute per la ripartizione dei finanziamenti tra gli IRCCS. Ci si riferisce in particolare alla riorganizzazione globale della policy per la produzione scientifica – in termini di articoli e pubblicazioni diverse – implementando una continua selezione e verifica dell'attinenza delle diverse tematiche studiate e della loro rilevanza nell'ambito geriatrico-gerontologico e considerando il ruolo primario dei ricercatori afferenti all'Istituto. Si evidenziano di seguito i principali risultati per il 2017 – in riferimento anche al biennio precedente - per quanto riguarda il ruolo delle diverse linee di ricerca o le attività delle diverse sedi considerando il carattere di multiregionalità dell'IRCCS INRCA.

	2015	2016	2017
Impact Factor Ministeriale	385,60	437,40	465,50
N° pubblicazioni indicizzate	89	112	119

Impact Factor medio per articolo	4,33	3,91	3,91
N° citazioni	3373	4239	5207
N° di pubblicazioni con IFM > 4 (% rispetto al totale delle pubblicazioni indicizzate)	58 (65,2%)	68 (60,7%)	72 (60,5%)

Nel 2017 è stato raggiunto un significativo aumento del valore di Impact Factor Ministeriale (IFM o IF normalizzato secondo i criteri ministeriali, riconosciuto come criterio di valutazione dal Ministero della Salute), con una produzione pari a 465,50 punti. Questo incremento è accompagnato da un aumento sostanziale del peso qualitativo della produzione scientifica e dall'aumento del numero delle pubblicazioni su prestigiose riviste nazionali ed internazionali con Impact Factor più elevato. Sono incrementate anche le citazioni - ovvero diffusione e riconoscimento - che articoli e pubblicazioni dell'Istituto hanno ricevuto nel periodo di riferimento. Si rileva inoltre che ben oltre la metà delle pubblicazioni effettuate nei tre anni di riferimento presenta un valore di IFM superiore al valore medio dell'Istituto. Questo risultato è il frutto della produzione scientifica sostenuta in tutte le quattro linee di ricerca come illustrato nella tabella seguente:

		2015		2016		2017	
		N° articoli	IFM	N° articoli	IFM	N° articoli	IFM
Linea	di	20	93	27	134	36	168,3
Ricerca 1							
Linea	di	30	136,4	38	154,2	41	143,6
Ricerca 2							
Linea	di	20	95,2	23	69	23	88,6
Ricerca 3							
Linea	di	19	61	24	80	19	65
Ricerca 4							

Inoltre, il risultato globale è correlato al coordinamento delle tematiche della ricerca che viene svolto all'interno delle quattro linee di ricerca istituzionali che integrano l'attività scientifica condotta all'interno delle diverse articolazioni organizzative, siano esse le diverse Sedi dei Presidi Ospedalieri di Ricerca o le strutture Dipartimentali.

Si riportano di seguito alcune tabelle generali di presentazione dei risultati della produzione scientifica in modalità aggregata per:

- SEDE/POR
- Dipartimento.
- Direzione Scientifica/Staff

Tali dati rappresentano il contributo delle singole strutture al valore complessivo di IFM raggiunto dall'Istituto, considerando però che a ciascuna pubblicazione possono avere partecipato e contribuito ricercatori afferenti a strutture diverse (ad es. un ricercatore del PST, ricercatori clinici appartenenti a POR diversi, un ricercatore dello staff) nella logica perseguita del lavoro di team intra-aziendale.

IFM PER SEDE / POR			
	2015	2016	2017
SEDE DI ANCONA	380	421,20	442,5
POR DI FERMO	16,2	25,20	15,40
POR DI CASATENOVO	3	4	3,60
POR DI COSENZA	61	35,20	50

IFM PER	DIPARTIMENTO
---------	--------------

	2015	2016	2017
POST ACUZIE CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA	45	66	60,60
GERIATRICO AD INDIRIZZO MEDICO - AN	222,40	173,70	212,40
GERIATRICO AD INDIRIZZO CHIRURGICO - AN	34	81,00	91
SERVIZI, LABORATORI CLINICI E DI RICERCA -	43	83,50	98,50
GERIATRICO RIABILITATIVO AD INDIRIZZO CARDIO-CEREBRO VASCOLARE – FERMO	16,20	25,20	15,40
GERIATRICO RIABILITATIVO AD INDIRIZZO PNEUMOLOGICO – CASATENOVO	3	4	3,60
GERIATRICO RIABILITATIVO AD INDIRIZZO CARDIOVASCOLARE – COSENZA	61	35,20	50

IFM PER DIREZIONE SCIENTIFICA E STAFF			
	2015	2016	2017
DIREZIONE SCIENTIFICA E CENTRO SERVIZI DI	207	97	94
STAFF			

L'analisi globale dei risultati della produzione scientifica conferma quindi un miglioramento sostanziale degli indicatori di performance in termini di IFM e di contributo delle singole strutture e dei singoli professionisti dell'Istituto.

Anche i risultati delle singole linee di ricerca, che possono variare di anno in anno in relazione alle attività programmate, contribuiscono in buona sostanza al miglioramento globale del risultato: la diversificazione delle attività e la conseguente programmazione autonoma ed asincrona nelle quattro linee permette facilmente di compensare periodi meno produttivi di una linea con una maggiore produttività di altre linee, rappresentando una modalità programmatoria vantaggiosa per l'Istituto.

L'attività di ricerca e la produzione scientifica istituzionale si estrinsecano inoltre in studi e sperimentazioni cliniche, sviluppati all'interno dell'Istituto o commissionati da sponsor esterni, condotti nelle diverse Sedi dopo aver ottenuto l'approvazione da parte del Comitato di Bioetica. Si rende necessario ricordare che nel 2015 l'operatività del Comitato Etico sia stata temporalmente limitata a causa della fase di riordino dei Comitati Etici stessi. Infatti, il Comitato Etico IRCCS INRCA è stato di fatto operativo all'interno dell'Istituto fino a luglio 2014, avendo in seguito trasferito le proprie competenze all'unico Comitato Etico Regionale (CER). Il Comitato Etico Regionale (CER) istituito dalla Regione Marche con DGR n.1104 del 29 settembre 2014 è stato formalmente costituito nell'ottobre 2014 e reso operativo a partire dalla primavera del 2015 e ha continuato le sue attività di riferimento per l'IRCCS INRCA per tutto il 2016.

Nel corso del 2016, in base a quanto stabilito dal DM 8 febbraio 2013, l'IRCCS-INRCA ha avviato l'iter di costituzione del proprio Comitato Etico di riferimento per tutte le sedi dell'Istituto che si è formalmente insediato nel giugno 2017. Nella successiva tabella sono riportati i principali indicatori globali in termini di nuovi studi approvati, studi attivi e numerosità dei pazienti arruolati.

	2015	2016	2017
N° studi approvati	7	7	6
N° Studi Attivi	41	31	33
N° pazienti arruolati	991	1708	1968

L'esercizio 2017 ha fatto registrare un discreto incremento delle risorse messe a disposizione della ricerca finalizzata, essendo stati attivati diversi progetti nuovi oltre alla gestione di quelli già esistenti.

Il dato relativo al 2017 risulta però essere in decremento rispetto all'anno precedente, in quanto sono stati finanziati 13 progetti per un totale di € 1.361.022,52 a fronte di 14 progetti approvati nel 2016 per un importo di € 4.073.245,10, di cui 2,3 milioni destinati interamente all'Istituto.

Si riportano di seguito i nuovi progetti avviati nel 2017, per ordine di avvio cronologico.

Nr. Commessa	Nome Progetto	Ente finanziatore	Responsabile	Finanziamento
		AUTOMA SRL		5.400,00
		NBS UNIPERSONALE		32.400,00
COM170022	PROGETTO DI RICERCA "OPEN CARE"	TELEMEDWARE SRL	ING. LORENA ROSSI	18.000,00
CON170022	FROGETTO DI RICERCA OPEN CARE	IRCR MACERATA	IING, LOREINA ROSSI	9.590,17
		ASP MACERATA		9.590,17
		GRIMATI BUTTARI		9.590,17
COM170023	PRINT AGE	REGIONE MARCHE	DOTT, ANTONICELLI	87.649,26
COM170024	DC PRESSURE	REGIONE MARCHE	DOTT. ROMAGNOLI	417.452,48
COM170031	ALLESTIMENTO MODELLO MURINO	FONDAZIONE SANTA LUCIA	DOTT, PROVINCIALI	4.120,00
COM170032	THE DIAL AGE	SCOIETA' ITALIANA DI NEFROLOGIA	DOTT.SSA LENCI	100.000,00
COM170033	PROGETTO DI RICERCA MAYBE	FONDAZIONE CARIPLO	DOTT. PROVINCIALI	36.000,00
COM170035	LONGEVITA' ATTIVA ED INNOVAZIONE SOCIALE	REGIONE MARCHE	DOTT.SSA GAGLIARDI	4.220,00
COM170037	PROGETTO DI RICERCA "ROSEnet"	NATIONAL UNIVERSITY OF IRELAND	DOTT, LAMURA	6.133,27
COM170038	CARERS OF OLDER PEOPLE WITH PARKINSON'S	EUROCARERS	DOTT, LAMURA	21.500,00
COM170039	DIGITAL TRAINING OPPORTUNITIES ON DEMENTIA	UNIONE EUROPEA	DOTT.SSA GAGLIARDI	30.002,00
COM170042	ASSISTENZA 2.0 COMUNITA'	AZ.PUBBLICA SERV. PERSONA "IRCR MC"	DOTT.SSA GIULI	5.000,00
COM170044	EMPATIA@LECCO	UNIVERLECCO/REGIONE LOMBARDIA	DOTT.SSA LATTANZIO	306.000,00
COM170046	Me-WE: SYCOSOCIAL SUPPORT FOR PROMOTING	UNIONE EUROPEA	DOTT.SSA SANTINI	258.375,00
			TOTALE ANNO 2017	1.361.022,52

I progetti più rilevanti tra quelli avviati nel 2017 risultano essere:

- ⇒ PRINTAGE
- ⇒ DC PRESSURE
- ⇒ EMPATIA@LECCO
- ⇒ OPENCARE
- ⇒ ME-WE
- ⇒ DIALAGE

Print-Age "Un approccio integrato per la promozione della salute degli anziani e delle persone fragili: prevenzione delle infezioni, integrazione nutrizionale e terapie personalizzate " è un progetto finanziato nell'ambito dell'intervento POR MARCHE FESR 2014-2020 – Asse 1 – Obiettivo Specifico 3 – Azione 3.1: "Promuovere soluzioni innovative per affrontare le sfide delle comunità locali nell'ambito della salute e benessere"

Sfruttando le competenze e le sinergie del partenariato il progetto intende sviluppare prodotti che saranno poi impiegati, attraverso un approccio integrato, per migliorare le condizioni di salute delle persone fragili ed anziane, ottimizzando al tempo stesso la spesa pubblica.

Nello specifico le attività prevedono lo sviluppo di:

- Kit diagnostici a supporto delle cure personalizzate rivolte alle persone fragili;
- Kit diagnostici per la prevenzione del rischio clinico nelle strutture sanitarie;
- Nutraceutici destinati alle persone fragili.

Nell'ambito del progetto l'INRCA si occuperà di due distinti studi clinici, che verranno condotti presso l'Unità di Cardiologia.

DC Pressure "Sistema integrato per la Prevenzione e Gestione delle Ulcere da Pressione" è un progetto finanziato nell'ambito dell'intervento POR MARCHE FESR 2014-2020 – Asse 1 – Obiettivo Specifico 3 – Azione 3.1: "Promuovere soluzioni innovative per affrontare le sfide delle comunità locali nell'ambito della salute e benessere"

Il progetto Dc Pressure si pone l'obiettivo di studiare, sviluppare e sperimentare, un sistema di tre Dispositivi Medici Attivi, un materasso, un cuscino per sedia a rotelle ed un plantare, monitorabili e gestibili da remoto attraverso un'infrastruttura ICT dedicata, efficaci nella prevenzione e trattamento mirato delle lesioni da pressione.

Si tratta di un progetto di ricerca industriale che coinvolge cinque aziende della regione Marche : Salvatelli, 2KSoft, Marel, Aethra e Pieretti.

L'INRCA nell'ambito del progetto svolge il ruolo di ente sperimentatore per valutare l'efficacia dell'utilizzo delle soluzioni sviluppate. La stretta collaborazione tra gli esperti dell'INRCA ed i progettisti delle aziende consentirà di sviluppare dispositivi che tengano conto delle reali esigenze degli utilizzatori e siano rispondenti ai loro bisogni.

"Il progetto EMPATIA@LECCO (EMpowerment del PAzienTe In cAsa), finanziato da Fondazione Cariplo, ha l'obiettivo di favorire lo sviluppo nel territorio lecchese di sistemi riabilitativi innovativi indirizzati a persone con fragilità di diverse fasce di età (dai bambini agli anziani), al fine di dotare il paziente e la sua famiglia di nuovi strumenti per fronteggiare la patologia cronica e gestire al meglio la sua evoluzione.

Il progetto coinvolge un team di ricercatori e clinici del Politecnico di Milano, del CNR di Lecco, dell'ASST di Lecco, dell'Istituto Medea di Bosisio Parini, dell'Ospedale Valduce di CostaMasnaga e del nostro Istituto.

Nello specifico, la Pneumologia Riabilitativa del POR di Casatenovo si sta occupando dei sistemi riabilitativi per pazienti anziani con patologie respiratorie croniche, implementando dei dispositivi di valutazione della meccanica respiratoria e della postura e sviluppando degli ambienti riabilitativi digitali.

EMPATIA si articola in una prima fase progettuale, l'attuale, in cui si stanno elaborando dei nuovi sistemi di acquisizione di parametri di meccanica toracica, di equilibrio e postura utili per personalizzare il più possibile i programmi riabilitativi e realizzando degli ambienti di realtà virtuale da inserire nei programmi di riabilitazione respiratoria. A partire da quest'autunno farà seguito una seconda fase in cui i nuovi strumenti verranno testati inizialmente in ambito ospedaliero e successivamente asportati anche al domicilio del paziente.

OpenCare è un progetto finanziato nell'ambito dell'intervento POR MARCHE FESR 2014-2020 – Asse 1 – Obiettivo Specifico 3 – Azione 3.1: "Promuovere soluzioni innovative per affrontare le sfide delle comunità locali nell'ambito della salute e benessere"

L'obiettivo del progetto OPENCARE è quello di realizzare un nuovo modello di gestione per garantire la trasparenza, l'efficacia e l'efficienza dei processi assistenziali nelle residenze per anziani non autosufficienti, tramite l'utilizzo di una piattaforma modulare integrata con un ambiente intelligente distribuito.

La partnership di progetto è composta da aziende e soggetti sperimentatori del territorio marchigiano. Le imprese coinvolte, ovvero Auroma, Arielab, Telemedware, Dago ed NBS, attraverso la collaborazione con importanti centri di ricerca, rappresentati dall'INRCA, dall'Università Politecnica delle Marche e dall'Università di hanno la possibilità di creare una sinergia che permetterà di sfruttare le competenze scientifiche e industriali al fine di creare una soluzione che sia in grado di rispondere alle reali esigenze degli utenti.

Nell'ambito del progetto quanto sviluppato verrà testato in ambiente reale presse 3 Aziende Pubbliche dei Servizi alla Persona, la Grimani Buttari di Osimo, l'IRCR di Macerata e l'ASP Vittorio Emanuele II di Fabriano.

Il progetto europeo ME-WE - Psycho-social Support for Promoting Mental Health and Well-being among Adolescent Young Carers in Europe ha l'obiettivo generale di rafforzare la resilienza dei giovani caregiver (Adult Yuong Carers-AYC) di persone anziane e disabili in transizione verso l'età adulta, al fine di impattare positivamente sulla loro salute mentale e sul loro benessere e di mitigare l'influenza negativa di fattori ambientali e psico-sociali sulle loro vite. Il progetto è stato finanziato dalla Commissione Europea nell'ambito del programma quadro Horizon 2020 e vede coinvolti 6 Paesi Europei quali, Svezia, Regno Unito, Olanda, Italia, Slovenia e Svizzera. Il progetto contribuirà ad una migliore comprensione dei bisogni e delle preferenze dei giovani caregiver in sei Paesi Europei e proporrà un innovativo quadro di interventi di prevenzione primaria (OMS, 1998) adattabili rispetto alle peculiarità di ciascun paese ed in grado di prevenire l'insorgenza di malattie mentali, co-morbidità e svantaggi socio-economici durante il corso della vita.

Il progetto **DIAL-AGE** (studio prospettico-osservazionale), finanziato dalla Società Italiana di Nefrologia, si propone di valutare l'impatto delle tre possibili opzioni terapeutiche (dialisi extracorporea -dialisi peritoneale -terapia conservativa (0,3 g/kg +cheto analoghi) sulla qualità della vita dei pazienti uremici in predialisi over 75 nell'Intera Regione Marche. Valutare i costi associati ad ogni terapia ed effettuare una analisi preliminare costo –beneficio.

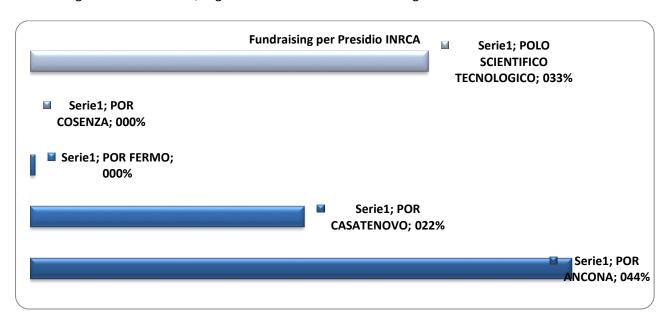
Obiettivo primario dello studio è quello di valutare la qualità della vita misurata a 1, 6, 12, 18 mesi usando "the Kidney Disease Quality of Life (KDQOL)" questionnaire Short-form .

Obiettivi secondari sono :Mortalità; complicanze dell'insufficienza renale cronica (anemia, iperparatiroidismo, iperfosforemia, iperkalemia, acidosi metabolica e ipoalbuminemia); Eventi vascolari quali, eventuali angioplastiche arti inferiori o regolarizzazioni arti inferiori ; L'incidenza di maggiori comorbidità come IMA, ricovero per angina instabile, TIA/ICTUS, scompenso cardiaco, impianto di stent in emodinamica

In termini di valore economico si rileva una netta prevalenza dei finanziamenti regionali (Regione Marche e Regione Lombardia), seguiti da quelli europei e dei privati.

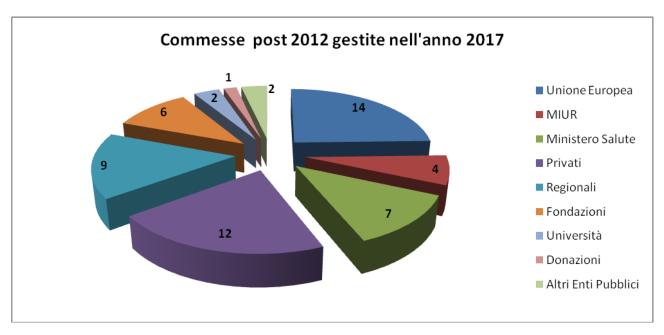
Finanziatore	Progetti Finanziati	Totale Finanziamento
UNIONE EUROPEA	2	288.377,00
PRIVATI	4	211.070,51
ALTRI ENTI PUBBLICI	2	10.253,27
FONDAZIONI	1	36.000,00
REGIONI	4	815.321,74
TOTALE ANNO 2017		1.361.022,52

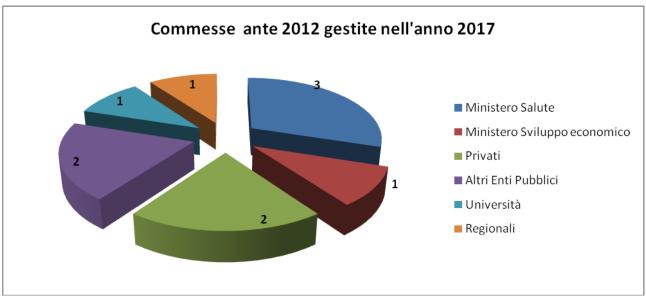
Analizzando la capacità di attrarre risorse dei diversi Presidi Inrca, si evidenzia un maggior fundraising del POR di Ancona, seguito dal Polo Scientifico Tecnologico.



Nel corso del 2017, sono state gestite amministrativamente e contabilmente 67 commesse di ricerca finalizzata relative agli anni 2017 e precedenti, di cui:

- > 57 aperte negli anni 2012-2017
- ➤ 10 aperte precedentemente al 2012.





Sono stati effettuati e inviati ai finanziatori dei progetti di ricerca 13 report economici, 3 dei quali soggetti ad Audit finanziario da parte di organi di controllo contabile accreditati presso la Commissione Europea

Albero delle performance, obiettivi strategici, obiettivi e piani operativi, obiettivi individuali

Ciò premesso le principali direttrici in termini di performance previste per il 2017 per l'Inrca prevedevano una serie di obiettivi corrispondenti alle seguenti macroaree di riferimento:

Gli obiettivi strategici ed operativi in ambito scientifico

Per l'anno 2017 l'Istituto si era posto tra le sue mission principali quella di effettuare un'attività di ricerca scientifica *cutting edge* in ambito geriatrico in modo da raggiungere un alto livello competitivo sia a livello internazionale sia nel confronto con gli altri IRCCS. La caratteristica di traslazionalità tipica della ricerca sanitaria deve essere volta a favorire una sempre maggiore integrazione tra le attività scientifiche e la clinica, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza erogata ai pazienti anziani con un impatto sull'organizzazione dei servizi territoriali.

In linea con i nuovi criteri di classificazione degli IRCCS in fase di valutazione e con il draft del "Programma Nazionale della Ricerca Sanitaria, l'Istituto individuava quali linee di attività strategiche per il prossimo anno:

- l'incremento del valore dell'impact factor di Istituto;
- l'incremento della partecipazione a trial clinici;
- la partecipazione a bandi di ricerca a progetto;
- il potenziamento della partecipazione a reti nazionali ed internazionali;
- la trasformazione dei risultati ottenuti attraverso l'attività di ricerca scientifica in pratiche cliniche, prodotti e servizi per i pazienti anziani al proprio interno;
- l'integrazione con altri servizi territoriali e ospedalieri anche nella fase di ideazione di nuove attività di ricerca, in un'ottica di reciproco arricchimento e scambio e in coerenza con le linee di riordino regionali;
- lo sviluppo del ruolo dell'Istituto nella definizione delle politiche socio-sanitarie regionali, del monitoraggio degli interventi e della valutazione di programmi innovativi rivolti alla popolazione anziana.

Particolare attenzione doveva essere riservata alla definizione delle priorità, alla valutazione di impatto ed al trasferimento tecnologico e delle conoscenze

Gli obiettivi strategici ed operativi in ambito clinico assistenziale

In una logica puramente strategica si osservava l'importanza di temi che già nel corso del 2017 ma anche nel triennio successivo dovevano caratterizzare e pervadere l'Istituto anche attraverso il contributo fattivo di tutte le uu.oo. potenzialmente interessate. Si fa in particolare riferimento:

- 1. alle attività e progetti di telemedicina, sempre più importanti per attivare percorsi di diagnosi e cura in favore di pazienti anziani, con scarsa mobilità;
- 2. ai percorsi di longevità attiva, nella logica già descritta di favorire percorsi di prevenzione di potenziali fragilità;
- 3. alle attività di implementazione del piano nazionale e regionale demenze, patologia sicuramente caratterizzante l'Istituto anche per la sua diffusione nella popolazione anziana;
- 4. allo sviluppo del piano cronicità necessario ad affrontare l'invecchiamento progressivo della popolazione;
- 5. all'implementazione e allo sviluppo del nuovo software di gestione dell'area sanitaria, imprescindibile strumento per l'ampliamento delle conoscenze aziendali. La diffusione delle strutture nel territorio nazionale accentua la necessità di un sistema centralizzato efficiente ed efficace. In questo senso molto rilevante è l'avvio nel 2017 del processo di informatizzazione che troverà la sua conclusione, tra le altre cose, nel progetto di realizzazione e diffusione della cartella clinica digitale integrata e unica aziendale, con l'informatizzazione del completo evento di ricovero.
 - Parallelamente, proseguono importanti progetti di dematerializzazione nell'ambito dei percorsi regionali di riferimento (vedi fascicolo elettronico).

In una logica più strettamente operativa per l'anno 2017 all'interno dell'Istituto dovevano essere considerati gli obiettivi sanitari nazionali / regionali che tipicamente caratterizzano il percorso di budget con la Regione Marche.

Nello specifico:

- obiettivi tesi a garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF (Flusso Emur, Flusso farmaceutica, flusso dispositivi medici, flusso informativo sui dati spesa sanitaria anno 2017 (Dati per dichiarazione dei redditi), flusso NSIS di tutte le apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato I del DM 22 aprile 2014 (e successive integrazioni) in uso presso le strutture pubbliche e private alla data del 31.12.2016);
- obiettivi volti all'incremento di produzione per riduzione della mobilità passiva (incremento ricoveri chirurgici alta complessità (+ 7,8% (∑DRG 110, 111, 149, 303, 515, 569, 570));
- obiettivi volti al miglioramento della qualità clinica, appropriatezza ed efficienza attraverso il miglioramento degli indicatori 2016 relativi a
 - Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 gg
 - Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 gg
 - o Ictus ischemico: mortalità a 30 gg
 - o BPCO riacutizzata: mortalità a 30 gg
 - o Int. TM colon: mortalità a 30 gg;
- obiettivi volti al miglioramento della qualità in Applicazione della DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016volumi/esiti attraverso:
 - % pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza postoperatoria inferiore a 3 giorni superiore al 70%
 - Proporzione di ricoveri per infarto miocardico acuto eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi >100 casi annui pari al 100%
 - Proporzione di ricoveri per PTCA eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui pari al 100% o assenza di PTCA
 - Proporzione di ricoveri per PTCA primarie in STEMI eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi
 > 250 casi annui totali superiori al 30% o assenza PTCA
 - % di IMA trattati con PTCA entro 2 gg superiori al 30% o assenza di PTCA;
- Obiettivi volti all'ottimizzazione offerta ambulatoriale con applicazione DGR 808/2015 Tempi di attesa attraverso:
 - l'avvenuta attivazione di ambulatori aggiuntivi avviati con il fondo 5% ALPI
 - o la Disponibilità di slot dedicati in agende di oncologia/neuro, diabetologia, nefrologia, cardiologia per la presa in carico di pazienti cronici sottoposti a follow up
 - la garanzia (con obiettivo >90%) del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni:
 - visita oculistica, ortopedica, cardiologica;
 - mammografia;
 - TAC torace;
 - ecocolordoppler tronchi sovraaortici;
 - ecografia ostetrico ginecologica;
 - RMN colonna vertebrale.
 - La garanzia (con obiettivo >90%) del rispetto dei Tempi di Attesa per le altre prime visite ed esami strumentali monitorizzate dal PNGLA;
- Obiettivi volti monitoraggio del PDTA in Attuazione DGR 987/16 Ictus in fase acuta attraverso il raggiungimento di:
 - Una % superiore al 90% dei pazienti con ictus ischemico sottoposti ad esame neuroradiologico entro 60 minuti dall'ingresso
 - Un target > al 2016 della % dei pazienti con ictus ischemico sottoposti a trombolisi e.v.;
- Obiettivi volti all'analisi della chirurgia ambulatoriale attraverso il raggiungimento di una % inferiore al 23,5% delle prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in DS di cui al Flusso SDO – File C (DGR 709/14);

- Obiettivi volti all'incremento della distribuzione diretta con un target ≥ 5% rispetto al 2016 per ATC 1°
 Liv. "L";
- Obiettivi volti alla riduzione farmaceutica ospedaliera "pura" con un target di valore < al 2016;
- Obiettivi volti all'incremento utilizzo farmaci biosimilari (DRG 974/2014);
- Obiettivi volti all'incremento copertura delle trasmissioni con targatura;
- Obiettivi volti all'incremento utilizzo farmaci in distribuzione diretta e per conto di classe A con brevetto scaduto con un target ≥ 2,5% rispetto al 2016;
- Obiettivi volti alla riduzione consumo antibiotici su tutti i canali distributivi con un target < al 2% del valore del 2016;
- Obiettivi volti all'incremento consumo di farmaci oppioidi maggiori su tutti i canali distributivi con un target ≥ 2% rispetto al 2016;
- Obiettivi volti all'incremento segnalazioni ADR con un target > al 10% rispetto al 2016;
- Obiettivi volti al rispetto della compilazione Registri AIFA;

Oltre a questi vi erano obiettivi da considerare in ambito sanitario nel budget 2017, suddivisi per Dipartimenti / aree di interesse ritenuti pertinenti gli item di seguito elencati.

Dipartimento Geriatrico ad indirizzo medico:

- Riduzione della degenza media
- Aumento della complessità della casistica (es. incremento trombolisi nell'Ictus cerebrale e progetto di ricerca attività cardiologica interventistica)
- Aumento dei volumi di attività
- Miglioramento dell'appropriatezza
- Riduzione dei costi per beni di consumo e risorse umane
- Implementazione dei PDTA
- Integrazione con il Presidio di Osimo
- Miglioramento delle performance sugli indicatori di esito del PNE
- Mantenimento della certificazione

Dipartimento Post-acuzie e continuità dell'assistenza:

- Aumento dei volumi di attività a isorisorse
- Miglioramento dell'appropriatezza
- Riduzione dei costi per beni di consumo e risorse umane
- Implementazione dei PDTA
- Integrazione con il Presidio di Osimo
- Miglioramento delle performance sugli indicatori di esito del PNE
- Mantenimento della certificazione
- Aumento della complessità della casistica e del valore della produzione erogata

Dipartimento Geriatrico ad indirizzo chirurgico:

- Aumento della complessità della casistica anche attraverso l'integrazione con Altre Aziende del SSR
- Aumento dei volumi di attività
- Ottimizzazione dell'utilizzo del blocco operatorio mediante revisione dell'organizzazione
- Miglioramento dell'appropriatezza in particolare per quanto riguarda il passaggio dal Day Surgery al livello ambulatoriale
- Riduzione dei costi per beni di consumo attraverso una maggiore appropriatezza (es. profilassi antibiotica)
- Implementazione dei PDTA e del percorso chirurgico geriatrico
- Integrazione con il Presidio di Osimo
- Miglioramento delle performance sugli indicatori di esito del PNE
- Raggiungimento dei volumi minimi previsti dal DM 70/2014

Mantenimento della certificazione

Dipartimento Geriatrico-Riabilitativo ad indirizzo cardiocerebro-vascolare:

- Riduzione della degenza media
- Aumento dei volumi di attività
- Miglioramento dell'appropriatezza
- Riduzione dei costi per beni di consumo e risorse umane
- Implementazione dell'integrazione con l'Area Vasta 4
- Implementazione dei PDTA
- Miglioramento delle performance sugli indicatori di esito del PNE
- Mantenimento della certificazione

Dipartimento dei servizi:

- Aumento dei volumi di attività
- Miglioramento dell'appropriatezza dell'attività per interni
- Riduzione dell'acquisto di prestazioni da altre Aziende del SSR
- Riduzione dei costi per beni di consumo
- Integrazione interdipartimentale con le UOC e UOS di Radiologia e Laboratorio degli altri POR
- Integrazione con il Presidio di Osimo
- Mantenimento della certificazione

Dipartimento Geriatrico Riabilitativo ad indirizzo pneumologico:

- Mantenimento dei volumi di attività
- Razionalizzazione nel consumo dei beni e delle risorse umane
- Miglioramento delle performance sugli indicatori di esito del PNE
- Mantenimento della certificazione

Dipartimento Geriatrico riabilitativo ad indirizzo cardiovascolare:

- Riduzione della degenza media
- Aumento della complessità della casistica
- Aumento dei volumi di attività
- Miglioramento dell'appropriatezza
- Riduzione dei costi per beni di consumo e risorse umane
- Miglioramento delle performance sugli indicatori di esito del PNE
- Mantenimento della certificazione

Gli obiettivi strategici ed operativi nell'ambito dei processi interni di supporto

Nel corso del 2017 e nel triennio successivo la Direzione si è posta l'impegno di continuare da una parte al consolidamento del percorso di deleghe verso i livelli dirigenziali attraverso i quali si è inteso rafforzare il principio di separazione tra funzioni di programmazione - indirizzo - controllo e funzioni di gestione, al fine di garantire il decentramento operativo e gestionale, in applicazione della normativa vigente e dall'altra parte allo sviluppo dei processi di integrazione dei servizi amministrativi, tecnici e logistici a supporto delle aree produttive clinico assistenziali e di ricerca.

È in questa logica che si inserivano gli obiettivi specifici 2017:

a) la Direzione Amministrativa si è impegnata a coordinare le attività di gestione in tutti i presidi dell'istituto sia regionali che extra regionali. In particolare si rendeva necessario la presentazione di un progetto teso alla gestione centralizzata delle attività amministrative dei diversi Presidi Ospedalieri con assegnazione di tutte le risorse umane. Ciò doveva essere garantito anche nei percorsi che la Direzione intendeva promuovere per esternalizzare alcune attività prettamente tecniche quali quelle del centralino del Por di Ancona che sono un obiettivo a breve termine;

- il percorso di riorganizzazione in atto inerente la modifica dell'atto aziendale e il riassetto degli incarichi presupponeva che nel 2017 venissero completati i percorsi amministrativi conseguenti. In particolare il completamento del percorso di conferimento degli incarichi dirigenziali sulla base del nuovo assetto organizzativo;
- c) La rilevazione dello stato dell'arte attuata nel 2016 ha evidenziato la necessità di riportare ad evidenza strumenti di gestione dell'organizzazione del lavoro e del personale. In questa logica assumeva rilevanza la definizione di report e strumenti che consentissero un agevole gestione delle presenze / orario di lavoro anche in relazione al piano delle attività presentato da ciascuna unità operativa;
- d) Per gli immobili per i quali la strategia di dismissione appare inevitabile, andava assicurato il massimo presidio dei processi di vendita e progettate strategie alternative a quelle attualmente in atto nel caso queste risultino ulteriormente inefficaci. Sempre sul versante immobiliare esisteva l'esigenza di mappare rispetto alle attuali proprietà lo stato giuridico di utilizzo al fine di salvaguardare l'ente da rischi quali usucapioni e/o danni patrimoniali di qualsivoglia tipologia. Sul versante del patrimonio mobiliare sono state rilevate criticità inerenti la gestione dello stesso che rendono indispensabile un intervento per la messa a regime della gestione. L'area Tecnica è stata fortemente coinvolta e motivata nel raggiungimento degli obiettivi che partivano inevitabilmente dalla realizzazione dell'inventario. Sempre in questo ambito assumeva rilevanza la necessità di avviare il percorso di ricostruzione del presidio di Appignano anche alla luce della chiusura del mutuo e delle nuove modalità di finanziamento concordate con la Regione Marche;
- e) In area acquisizione beni e servizi appariva indispensabile supportare in maniera adeguata e consequenziale l'attività della SUAM fornendo i capitolati nelle tempistiche e nelle modalità più corrette;
- f) Nel corso del 2017 si doveva procedere all'implementazione e allo sviluppo del nuovo software di area sanitaria;
- g) Nel corso del 2017 si doveva procedere ad una revisione ed adeguamento della Carta dei Servizi, riprendendo, laddove possibile, alcuni dei temi proposti dal Comitato di Partecipazione dell'Istituto. In questa logica si dovrà tendere all'ampliamento ivi rappresentato al fine di rendere la carta dei servizi uno strumento maggiormente fruibile da parte dell'utenza in considerazione dell'ampliamento delle informazioni in essa inserite;
- h) L'impegno richiesto alle strutture di *line* per l'attuazione dei punti precedenti non poteva in ogni caso distogliere l'attenzione dei responsabili dei servizi di supporto amministrativo tecnico e logistico dal prioritario rispetto delle attività istituzionali ordinarie.

Sempre in questo ambito meritano un capitolo a parte le attività relative all'anticorruzione e alla trasparenza. La normativa e gli orientamenti dell'Autorità Nazionale Anti Corruzione in materia di prevenzione della corruzione hanno sottolineato la necessità di un collegamento fra la programmazione strategica e operativa dell'amministrazione e le misure contenute nei PTPC.

In questo senso nell'ambito del 2017 dovevano essere rafforzate le attività finalizzate alla trasparenza e alla prevenzione della corruzione secondo quanto già avviato sulla base della DGEN 9/2016 che esplicita la politica aziendale in materia di PTCP. Inoltre, dovevano essere definiti anche per il 2017 obiettivi prestazionali e di efficienza sia per l'area sanitaria che nell'area amministrativa, con un impatto positivo anche in termini di prevenzione della corruzione.

Obiettivi specifici dovevano poi essere definiti sul fronte della trasparenza, al fine di incentivare l'azione di impulso e vigilanza da parte dei dirigenti degli uffici interessati, per garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto degli adempimenti previsti dal D. Lgs. n.33/2013.

I risultati raggiunti a livello di unità operative

Il piano delle performance 2017 articolato come sopra ha poi trovato puntuale declinazione nell'ambito delle schede di budget dei diversi Centri di Responsabilità che è stato oggetto della DGEN 320/2017 e, a seguito delle ricontrattazioni di budget successivamente intervenute, con la nota 35186/17 – DG del 22/12/2017. Il raggiungimento delle performance previste nel piano 2017 è riscontrabile attraverso il livello di raggiungimento degli obiettivi come da processo di valutazione realizzato nel corso del 2017 e conclusosi con il percorso dell'Organismo Indipendente di Valutazione, ai cui verbali si rimanda. Si rimanda inoltre al paragrafo precedente "I risultati raggiunti a livello complessivo" nel quale sono stati indicati molti dei risultati raggiunti a livello di Istituto.

Senza scendere nelle singole articolazioni di budget, che si vedranno nelle schede in coda allegate (ALLEGATO 1), si può segnalare in via generale che le principali performance 2017 per l'Istituto si sono caratterizzate:

- nella positiva rivitalizzazione dell'area ricerca soprattutto nella logica della diffusione della ricerca in tutti gli ambiti testimoniata dall'importante incremento dell'IF rispetto al 2016 e dall'ottenimento di una importante quota di finanziamento esterni derivanti da ricerche finalizzate. Tale quota, seppur distante da quella eccezionale del 2016 che comunque ha trovate nell'esercizio 2017 l'anno in cui la stessa è "gestita/utilizzata", conferma l'importanza di tale attività in ambito Inrca;
- nel rafforzamento dell'integrazione con il territorio da parte dell'Inrca con il rafforzamento del positivo percorso di integrazione con l'Ospedale di Osimo, con il completamento del funzionamento degli 8 p.l. di geriatria presso il Por di Ancona;
- nel rafforzamento della vocazione geriatrica dell'Istituto anche attraverso la realizzazione degli algoritmi relativi a PDTA omogenei e comuni a tutti i Presidi Inrca in ambito clinico
- nel rafforzamento della vocazione geriatrica dell'Istituto nell'area infermieristica attraverso la raccolta di informazioni assistenziale nell'ambito della Valutazione MultiDimensionale;
- nel rafforzamento della vocazione innovativa dell'Istituto attraverso l'attuazione dei percorsi di informatizzazione della parte clinico assistenziale e infermieristico;
- nel rafforzamento nei diversi presidi aziendali di alcune attività qualificanti dell'istituto quali:
 - o la formazione dei caregivers dei pazienti con malattia di Alzheimer;
 - o la formazione degli OSS alla corretta mobilizzazione dei pazienti geriatrici;
- nel rafforzamento del processo di riorganizzazione dell'Istituto attraverso il completamento del riassetto organizzativo avviato con il conferimento degli incarichi dirigenziali e posizioni organizzative;
- nell'introduzione del processo di informatizzazione delle richieste di approvvigionamenti dei reparti;

Pari opportunità e bilancio di genere

In recepimento dei principi comunitari in tema di pari opportunità uomo/donna sul lavoro e di contrasto ad ogni forma di discriminazione e mobbing, l'art. 21 della Legge 183 del 4.11.2010, ha previsto la costituzione, all'interno delle Pubbliche Amministrazioni, del Comitato Unico di Garanzia, organismo che assume, unificandole, tutte le funzioni già attribuite ai Comitati Pari Opportunità e ai Comitati paritetici sul fenomeno del mobbing.

Il Piano Triennale delle Azioni Positive INRCA realizzato con determina n. 278 del 17.07. 2017, ha proposto obiettivi riconducibili al quadro generale della strategia europea e nazionale in materia di pari opportunità, delineato dalla normativa vigente e dai CCNL. Il raggiungimento di tali obiettivi è correlato ad azioni mirate a garantire condizioni dì lavoro che rispettino la dignità e la libertà delle persone oltre che ad azioni a tutela della maternità e per la sicurezza sul lavoro in gravidanza

La sua attività riguarda l'attuazione all'interno dell'Amministrazione dei principi di parità, pari opportunità, benessere organizzativo e di contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali e psicologiche che possono indurre al fenomeno del mobbing.

Le azioni positive, atte a favorire le politiche volte al benessere organizzativo, alle pari opportunità e contrastare le differenze di genere, sono state condivise con l'Organo di Governo per la loro effettiva realizzazione.

Nello specifico le linee di intervento comprendevano:

- 1. Formazione dei componenti del Comitato Unico di Garanzia;
- 2. Promozione della cultura di genere e delle pari opportunità: informazione e formazione;
- 3. Osservatorio: indagine dei bisogni del contesto finalizzata alla presentazione di progetti inerenti a politiche di conciliazione;
- 4. Promozione della conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro;
- 5. Incentivazione di condizioni di lavoro che rispettino la dignità e la libertà delle lavoratrici e dei lavoratori e nuovo impulso al benessere organizzativo, in linea con il Codice Etico Comportamentale dell'Istituto.
- 6. Servizi e benefici diretti ai dipendenti

Le attività effettivamente svolte per analizzare e realizzare gli obiettivi che erano previsti per l'anno suddetto da Piano Triennale Azioni Positive si sono concentrate sulla:

- Diffusione della conoscenza tra i lavoratori delle attività del Comitato Unico di Garanzia dell'INRCA, mediante aggiornamento dell'area Cug presente sull'home page del sito Inrca;
- Accoglienza delle segnalazioni relativamente a forme di mobbing e violenza verbale, da analizzare con la Direzione Strategica, per eventuali interventi legati al benessere degli operatori.
- Proposta di realizzazione, insieme al Rspp aziendale, di corsi interni per sensibilizzare sul tema PFA 2018 Atti di violenza a danno degli operatori: riconoscimento dei predittori di rischio e applicazione delle tecniche di deescalation
- Impostazione di una bozza di codice di condotta, nell'ottica di promuovere un ambiente lavorativo e di studio improntato a corrette relazioni interpersonali e nel rispetto della dignità umana e della libertà delle persone

La	determina	relativa	al	Piano	triennale,	è	consultabile	al	link
http://ww	w.inrca.it/inrca/file	es/Pretorio/2	78dger	n.pdf					

La relazione sulla performance viene realizzata a conclusione del percorso di redazione del bilancio d'esercizio consuntivo e della valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi delle diverse uu.oo. da parte dell'OIV. In questo modo la relazione, realizzata dall'UO Controllo di Gestione, prende in considerazione sia il grado di raggiungimento degli obiettivi di Istituto, essenzialmente contenuti nell'ambito del bilancio consuntivo, che il grado di raggiungimento degli obiettivi declinati con il percorso di budget nelle diverse articolazioni aziendali.

In questo ambito, ed è sicuramente un punto di forza, il ciclo della gestione della performance è strettamente connesso con il ciclo della programmazione economico finanziaria e di bilancio. A conferma di ciò si evidenzia che tra gli obiettivi assegnati alle uu.oo. ci sono anche quelli economici la cui valutazione viene effettuata alla conclusione del bilancio consuntivo, una volta che si sono chiuse le risultanze dell'esercizio.

Il punto di debolezza più evidente della gestione della performance appare invece costituito dal ritardo temporale con cui vengono assegnati gli obiettivi alle diverse uu.oo. che impediscono sicuramente una migliore performance aziendale o comunque una più compiuta messa in campo delle azioni necessarie al miglioramento della performance.

Sull'argomento si rimanda infine agli allegati 2 e 3 debitamente compilati.

ALLEGATO N. 1

	Responsabile : Dott. Sorcinelli Direttore Dipartimento: dr.ssa Nardi			BUDGET 2017									
SETTORE	овієттічо	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZ A	PESO COMPART O	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2º ISTANZA
Economico-finanziario Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, a	nnronriatezza e qualità)												+
rroccou morni (in torman quantitativ, ar omaionza, a	ppropriatoria o quana)												
	Budget Investment	Rispetto dei tempi e delle modalità di esecuzione del budget come da scheda allegata	vedi azione	vedi indicatore				15%	35%		Obietivo rimodulato (nota dalata 29/12/2017, allegata). Gli interventi previsti a seguito della rimodulazione sono stati regolarmente sesguiti. Per ognuno di quelli oggetto di ridefinizione motivata, lo stato di avanzamento è stato descritto, per i detagli si rimranda alla relazione prot. 10516 del 06/04/2018 che si allega.	obiettivo raggiunto	obietivo raggiunto
	Valorizzazione patrimonio aziendale	Presentazione di una proposta di analisi nella gestione del patrimonio	vedi azione	entro il 31/12/2017				15%			Eseguita ricognizione sul tarritorio dei beni immobili di proprietà INRCA. Con nota prot. 30615 del 09/11/2017 è sibat i sansessa la Relazione recente fransisi del patrimonio immobiliare e proposte di vatorizzazione per i singoli cespià. Vedi allegatb.	obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Realizzazione gara per acquisizione servizio di inventariazione aziendale	Supports tecnico all'UO ABSL per la realizzazione del capitolato relativo alla gara per l'inventario	vedi azione	entro i tempi richiesti dall'ABSL				10%	35%	i singoli cespiti. Vedi allegato.		obietivo non raggiunto per la dirigenza in quanto non vi è stata partecipazione agli incontri nei alla stesura del capitolato. Si rifene l'obietivo non valutabile per il comparto in quanto non responsabile del mancato raggiungimento dell'obietivo.	
	Razionalizzazione aziendale	Diadetta del contratto di comodato per la Casa Intelligente di Fabriano	vedi azione	entro il 30/06/2017				5%			Entro i termini previsti sgomberati i locali delle attezzature di proprieti linca e data disdetta utenze; in data 2007/2017 con nota prot 20223 inoltrata richiesta di disdetta al Comune di Fabriano.	obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Conclusione ristrutturazione aziendale di Casatenovo	Fine dei lavori di Casalanovo	vedi azione	entro il 31/12/2017				10%			Approvate determine n. 225/DGEN del 19/06/2018, 226/DGEN del 19/06/2017 e 227/DGEN del 19/06/2017. Vedi allegat.	obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Valorizzazione patrimonio aziendale	Pesentazione di progetti di dismissione e/o riutilizzo dei Presidi di Roma e Cagliari	vedi azione	entro il 31/12/2017				5%			Con prot. 30615 del 09/11/2017 è stata trasmessa una Relazione comprendente le situazioni immobiliari delle sadi di Roma e Cagliari e proposte di valorizzazione. Vedi allegati.	obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Mantenimento Certificazione	Messa in campo di tutte le attività necessarie al raggiungimento dell'obiettivo	Valutazione positiva dell'ente certificatore	vedi indicatore				5%			Fornito supporto tecnico per attività di competenza	obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Messa a regime nuova organizzazione aziendale	Realizzazione / mantenimento di tutte le attività aziendali dell'UO di cui alla determina 143/2017 per le uu.oo. Interessate e delle determine precedenti per quelle non interessate	Presentazione di una relazione	entro il 15/01/2018				10%	10%		La Relazione richiesta è stata trasmessa nei tempi prescritti con nota prot. 1336/2018 del 15/01/2018 . Vedi allegato.	obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder													
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale	processi produttivi, relazionali e organizzativi	<u> </u>	1				25%	20%		Compilate entro i termini le schede di valutazione del personale		

SO: UFF	FICIO	Responsabile : Dott.ssa Tonucci Direttore Dipartimento: dr.ssa
AFI	FARI	Manual:

BUDGET 2017

GENERALI	Nardi												
SETTORE	ОВІЕТТІVО	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBJETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIG ENZA	PESO COMPAR TO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIO NE 2° ISTANZA
Economico-finanzia													
Processi interni (in	termini quantitativi, di efficienza, appropriat							1					
	Trasparenza e Integrità	Stesura del regolamento per l'approvazione delle convenzioni e della relative procedure operative in collaborazione con Trasparenza e Anticorruzione	presentazione bozza di determina	bozza di determina entro 30 novembre 2017				15%	10%		Con prot. n. 32650 del 29/11/2017 è stata inviata la bozza della determina con il regolamento richiesto (inserita in AttiWeb rif. impronta 56/01 del 29/11/2017 AFFGEN_DG(_L).	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Aggiornamento Regolamento OIV	Modifica del regolamento OIV vigente, adeguamenti normativi	presentazione bozza di regolamento	bozza di determina entro 15/05/2017				5%	10%		Con nota prot. n.7791-A2 del 14/03/2017 è stata trasmessa alla Direzione Amministrativa la bozza della determina per la modifica del regolamento OIV.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Regolamento donazioni	Stesura del regolamento inerente le donazioni	presentazione bozza di regolamento	bozza regolamento entro il 30 giugno 2017				10%			Con nota prot n.17986-A2 del 30/06/2017 è stata trasmessa alla Direzione Generale, alla Direzione Amministrativa e al Coordinatore Dip. ATL la bozza del regolamento delle donazioni.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Tempestvità delle convenzioni in area ricerca	assolvimento alle richeste di convenzionamento entro 30 gg dalla presentazione delle richieste	vedi azione	vedi indicatore				15%	15%		Si allega il file dove sono elencati gli atti adottati e la relativa tempistica. Dallo stesso si evince che gli stessi sono stati approvati entro 30 gg dalla presentazione della richiesta.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Brevetti	Monitoraggio brevetti esistenti in azienda	Stesura di una relazione sullo stato dell'arte dell'attività brevettuale	Relazione da inviare al dir. amm entro il 30/09/2017				5%			Con nota prot n 26294 del 29/09/2017 è stata inviata al Direttore Amministrativo la relazione sullo stato dell'arte dell'attività brevettuale.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Gestione Protocollo	Inserimento oggetto corretto e completo delle PEC	vedi azione	vedi indicatore dal 15 maggio 2017 per il 90% dei casi				5%	15%		Da un controllo svollo sulle PEC arrivate (per un totale di 127 PEC) prive di oggetto, ricevute dal 15/05/2017 fino al 31.12.2017, sono state integrati gli oggetti di 123 PEC (96.85% dei casi) Si allega il file con la lista dei protocolli controllati.	obietlivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Gestione Protocollo	Stampa delle note esplicative delle PEC (non solo frontespizio)	vedi azione	vedi indicatore dal 15 maggio 2017				5%	15%		Il controllo è stato effettuato verificando la documentazione cartacea archiviata dal 15/05/2017 al 31/12/2017. Sono state rilevate 7 PEC prive di documento esplicativo nelle quali comunque è stato segnatato con nota che il documento viene visualizzato a PC ma non è possibile procedere con la STAMPA. I documenti sono conservati e consultabili presso l'archivio dell'utficio probcollo	obietlivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Gestione Protocollo	Individuazione dell'ufficio competente a cui desfinare la lettera nel momento dell'assegnazione della nota	vedi azione	vedi indicatore dal 15 maggio 2017 per il 80% dei casi				5%	10%		Il controllo è stato effettuato verificando i documenti cartacei archiviati dal 15/05/2017 al 31/12/2017. Dagli stessi si evince la regolare assegnazione nel 99% dei casi. Si allega la tabella riepilogativa dei relativi dati. I documenti sono conservati e consultabili presso l'archivio dell'ufficio probcollo.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Messa a regime nuova organizzazione aziendale	Realizzazione / mantenimento di tutte le attività aziendali dell'UO di cui alla determina 143/2017 per le uu.oo. Interessate e delle determine precedenti per quelle non interessate	Presentazione di una relazione	entro il 15/01/2018				10%	5%		La relazione sulla messa a regime della nuova organizzazione aziendale è stata inviata con prot 1174 del 15/01/2018.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'ute	nza e stakeholder												
		1		1			ļ	-	ļ				
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi	i produttivi, relazionali e organizzativi		_				25%	20%				

ACQUISIZIONE RENI SERVIZI	Responsabile : Dott.ssa Nardi Direttore Dipartimento: dr.ssa Nardi				BUDGET 2017								
SETTORE	ОВІЕТТІVО	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGEN ZA	PESO COMPAR TO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIO NE CdR	VALUTAZIO NE 1° ISTANZA	VALUTAZIO NE 2° ISTANZA
Economico-finanziario		P(X)											
Processi interni (in termin	ni quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qu	Jailta)											\vdash
	Trasparenza e Patto di integrità	Realizzazione patto di integrità insieme alla RPC	Approvazione della determina	entro il 30/06/17				5%	5%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Determina della programmazione biennale sottosoglia e soprasoglia comunitaria anni 2018 e successivi	Presentazione della determina di programmazione biennale entro il mese di dicembre 2017 insieme al CO. GEST.	Approvazione della determina discussa con la Direzione e il Controllo di Gestione	entro il 31/12/2017				5%	10%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Regolamentazione delle procedure di gara sottosoglia	Analisi e predisposizione della bozza di regolamento per le forniture di beni e servizi di importo inferiore alla soglia comunitaria	Approvazione del Regolamento per le forniture di beni e servizi sottosoglia	entro il 31/12/2017				5%	10%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
		Analisi e predisposizione della bozza di regolamento il sistema incentivante di cui all'art. 113 del DIgs 50/2016	Bozza di Regolamento per gli incentivi	entro il 30/06/17				5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Implementazione e messa a regime del sw parte economale (anche per dispositivi e farmaci)	Attività di sviluppo del sw Navision per una razionalizzazione nell'area logistica	implementazione e utilizzo modifiche del sistema	entro il 30/09/2017				10%	15%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Inventario aziendale	Realizzazione gara, con il supporto di UO Ufficio tecnico e UO Amministrazione e Finanza, per acquisizione servizio di inventariazione aziendale	vedi azione	entro 3 mesi dalla redazione del capitolato				15%	10%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Rispetto dei Pac	Messa a regime del Pac scorte trimestrali reparto	realizzazione nei tempi stabiliti inventario di reparto III e IV trimestrale come da Pac	vedi indicatore				10%	10%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Valorizzazione patrimonio economale	Realizzazione asta pubblica di tutti i cespiti non più utilizzati ma vendibili, depositati presso il Tambroni, più eventualmente Cagliari. Smaltimento del materiale presente presso il POR Roma	vedi azione	entro l'anno				10%	15%		obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile
1	Messa a regime nuova organizzazione aziendale	Realizzazione / mantenimento di tutte le attività aziendali dell'UO di cui alla determina 143/2017 per le uu.oo. Interessate e delle determine precedenti per quelle non interessate	Presentazione di una relazione	entro il 15/01/2018				10%	5%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder													
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi pro	I duttivi, relazionali e organizzativi		I				25%	20%				

'R0105200 - SOC AMMINISTRAZIONE RISORSE UMANE ATL	Responsabile : Dott.ssa Palermi Direttore Dipartimento: dr.ssa Nardi				В	BUDGET 2017							
SETTORE	ОВІЕТТІVО	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIO NE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIO NE 2º ISTANZA
Economico-finanziario Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)													
	Regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale e del comparto	Stesura ed adozione del regolamento che definisce la disciplina concorsuale sia per il personale della dirigenza che per il personale del comparto	Determina di approvazione del regolamento	entro 31/12/2017				5%	5%		Si veda relazione allegata	obiettivo non valutabile	obietivo no valutabile
	Regolamento recante la disciplina selettiva per assunzioni a tempo determinato personale dirigenziale e del comparto	Slesura ed adozione del regolamento che definisce la disciplina selettiva per le assunzioni di personale a tempo determinato sia dell'area della dirigenza che del comparto	Determina di approvazione del regolamento	entro 31/12/2017				5%	5%		Si veda relazione allegata	obiettivo parzialmente raggiunto al 75%	obiettivo no raggiunto per la dirigenza e non
	Concorso infermieri professionali	Realizzazione concorso	Approvazione graduatoria	entro 31/12/2017				10%	10%		Si veda relazione allegata	obiettivo raggiunto	obiettivo no raggiunto per la dirigenza e non valutabile per il comparto
	Programmazione assunzioni per anno 2018	Predisposizione determina di fabbisogno 2018 e piano 2018 - 2020	Presentazione bozza determina alla Direzione	entro 31/12/2017				5%	5%		Si veda relazione allegata	obiettivo non valutabile	obietivo no valutabile
	Regolamento incarichi extraistituzionali	Predisposzione regolamento	vedi azione	entro 31/12/2017				5%			Si veda relazione allegata	obiettivo non raggiunto	obiettivo no raggiunto per la dirigenza e non valutabile per il comparto
	Regolamento part time personale dipendente	Predisposzione regolamento	vedi azione	entro 31/07/2017				5%			Si veda relazione allegata	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Razionalizzazione utilizzo voci stipendiali nel sistema paghe	Presentazione di una proposta di razionalizzazione delle voci utilizzate per il pagamento degli stipendi	vedi azione	entro il 30/10/2017 con validazione della direzione generale				5%	10%		Si veda relazione allegata	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Attuazione pareri tecnici dell'ing. Madeo	Messa in campo di tutte le azioni necessarie all'attuazione dei pareri tecnici su Inail e personale prescritto presentati dall'ing. Madeo	vedi azione	entro un mese dalla presentazione dei pareri				5%	5%		Si veda relazione allegata	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Ricollocazione interna dei prescritti	Presentazione di una proposta per la ricollocazione interna dei prescritti nei posti vacanti in dotazione organica	vedi azione	entro 30/09/2017				5%	5%		Si veda relazione allegata	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Rafforzamento funzione di reclutamento all'interno dell'UO	proposta di formazione per almeno 2 collaboratori dell'Ufficio in tema di reclutamento	vedi azione	entro il 31/07/2017				5%	5%		Si veda relazione allegata	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Tempestività dei reclutamenti in area ricerca	avvio delle procedure di reclutamento entro 10 gg dalla presentazione delle richieste	vedi azione	vedi indicatore				5%	5%		Si veda relazione allegata	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Attività segretariale nei concorsi	assolvimento alle attività segretariali di tutti i concorsi e i reclutamenti	vedi azione	a parfire dal mese di luglio 2017 per il 50% dei casi					5%		Si veda relazione allegata	obiettivo parzialmente raggiunto al 75%	obiettivo raggiunto
	Completamento nuova organizzazione aziendale	Indizione dei bandi di concorso per le posizioni P3 e P5	vedi azione	entro 31/12/2017				5%	5%		Siveda relazione allegata	obiettivo raggiunto	obiettivo no raggiunto per la dirigenza e non valutabile per il comparto
	Messa a regime nuova organizzazione aziendale	Realizzazione / mantenimento di tutte le attività aziendali dell'UO di cui alla determina 143/2017 per le uu.o.o. Interessate e delle determine precedenti per quelle non interessate	Presentazione di una relazione puntuale validata dalla Direzione Amministrativa	entro il 15/01/2018				10%	5%		Si veda relazione allegata	obiettivo raggiunto	30 obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produtti	vi, relazionali e organizzativi						25%	20%				

	Responsabile : Dott.ssa Nardi Direttore Dipartimento: dr.ssa Nardi					BUDGET 2017							
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	FINI DEL SISTEMA		PESO COMPART O	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIO NE 2° ISTANZA
Economico-finanziario													
Processi interni (in termini quantitati	ivi, di efficienza, appropriatezza e qualità)												
	Applicazione normativa sugli agenti contabili	Analisi dei modelli da produrre per la resa del conto giudiziale e loro implementazione informativa laddove necessario (Mod. 24_A; Mod. 24_B)	vedi azione	entro il 31/12/2017				30%	30%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Realizzazione gara per acquisizione servizio di inventariazione aziendale	Supporto tecnico all'ABSL per la realizzazione del capitolato relativo alla gara per l'inventario	vedi azione	entro i tempi richiesti dall'ABSL				30%	20%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Messa a regime nuova organizzazione aziendale	Realizzazione / mantenimento di tutte le attività aziendali dell'UO di cui alla determina 143/2017 per le uu.oo. Interessate e delle determine precedenti per quelle non interessate	Presentazione di una relazione	entro il 15/01/2018				15%	30%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholde	er												
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, rel	azionali e organizzativi						25%	20%				

'R0105500 - SOSD AREA SISTEMI INFORMATIVI ATL	Responsabile : Dott.ssa Arzeni Direttore Dipartimento: dr.ssa Nardi		AZIONI INDICATORE VALORE OBJETTIVO VALORE CONSUMTIVO INDICATORE VALORE CONSUMTIVO VALORE CONSUMTIVO VALORE CONSUMTIVO INDICATORE VALORE CONSUMTIVO VALORE CONSUMTIVE VALORE C											
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	raggiungimento obiettivi in termini	RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA	DIRIGE	COMPA	CONTROLLO DI		VALUTAZIO NE 1° ISTANZA	VALUTAZIO NE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·													
	Revisione procedura Quality System	Aggiornamento procedura operativa flussi informativi sanitari relativi al debito informativo sanitario ridefininendo il processo (tipologia di flussi, ruoli, nominativi e tempistiche)	flussi informativi sanitari" e pubblicazione della stessa sulla intranet aziendale per un maggior coinvolgimento	"Procedura operativa Flussi				5%	10%		raggiunto. Vedi relazione	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Ridefinizione flussi informativi interni di alimentazione del DSS	Verifica e mappatura degli attuali flussi informativi di allimentazione del Dss, delle fonti informative e delle procedure operative. Analisi e verifica delle modifiche alle attuali procedure a fronte dell'attivazione del nuovo sistema informativo sanitario		"Procedura operativa di alimentazione del DSS" entro				5%	10%		raggiunto. Vedi relazione	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Informatizzazione sanitaria	Realizzazione delle azioni propedeutiche all'avvio del nuovo sistema sanitario	avvio di almeno un modulo del sistema	entro 30/09/2017				30%	15%		raggiunto. Vedi relazione allegata.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Aggiornamento tecnologico: Adeguamento connettività Rete Dati SPC.	Potenziamento delle linee dati di connessione di varie sedi Inrca, e potenziamento della connessione Internet	Collaudo della nuova connettività.	Vedi indicatore. Entro 30/09/2017.				5%	5%		raggiunto. Vedi relazione	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Progetto Fascicolo Sanitario elettronico	Attuazione delle attività tecniche previste a livello aziendale		Report entro il 31/12/2017				5%	5%		raggiunto. Vedi	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Miglioramento utilizzo sistema navision in ambito gestione logistica	supporto alle modifiche da introdurre in ambito Navision per la razionalizzazione delle attività nell'area logistica	condivise dagli ufilizzatori e approvate dalla Direzione	entro 30/09/2017				5%	15%		raggiunto. Vedi	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Razionalizzazione area di supporto	Riduzione stampanti locali per l'utilizzo di Toner unici	Fermo, 143 al Presidio di Ancona, 8 a Villa Gusso, 3 al	entro 31/12/2017				10%	10%		raggiunto. Vedi relazione	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Rafforzamento tecnologico aziendale	Realizzazione wireless a Villa Gusso	vedi azione	entro 30/09/2017				5%	5%		raggiunto. Vedi	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Messa a regime nuova organizzazione aziendale	Realizzazione / mantenimento di tutte le attività aziendali dell'UO di cui alla determina 143/2017 per le uu.oo. Interessate e delle determine precedenti per quelle non interessate	Presentazione di una relazione	entro il 15/01/2018				5%	5%		Obiettivo raggiunto. Vedi relazione allegata.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder													\Box	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale prod	Lessi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%					

'R0105600 - SOSD AMMINISTRAZIONE DELLA RICERCA ATL	Responsabile : Dott.ssa Palermi Direttore Dipartimento: dr.ssa Nardi				ВИ	IDGET 2017							
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIO	PESO COMPART O	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZION E CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2º ISTANZA
Economico-finanziario													<u> </u>
	riunioni di start up per ciascun progetto di ricerca finanziato dal		Verbale riunione debitamente sottoscritto	vedi indicatore				65%	75%		obiettivo raggiunto	obietlivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Messa a regime nuova organizzazione aziendale	determina 143/2017 ner le uiu oo	Presentazione di una relazione	entro il 15/01/2018				10%	5%		obiettivo raggiunto	obietlivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder													
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi pro	duttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%				

'R0105800 - SOSD TECNOLOGIE INFORMATICHE E TELEMATICHE	Responsabile : Dott. Babini Direttore Dipartimento: dr.ssa Nardi			BUDG	GET 2017							
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	PESO COMPART O	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIO NE 2° ISTANZA					
Economico-finanziario												
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)												
	Aggiornamento tecnologico: Adeguamento connettività Rete Dati SPC.	Potenziamento delle linee dati di connessione di varie sedi Inrca, e potenziamento della connessione Internet.	Colloudo della nuova connettività	Vedi indicatore. Entro 30/09/2017.			35%	40%		Obiettivo raggiunto		Obiettivo raggiunto
	Aggiornamento Tecnologico: Sostituzione Centrale Telefonica della sede Inrca di Via Grazie, a scopo allineamento Centrali Telefoniche Inrca.	centrale recuperata dalla dismessa sede di	di sostituzione della centrale,	Vedi indicatore. Entro 28/02/2017.			30%	35%		Obiettivo raggiunto		Obiettivo raggiunto
	Messa a regime nuova organizzazione aziendale	Realizzazione / mantenimento di tutte le attività aziendali dell'UO di cui alla determina 143/2017 per le uu.oo. Interessate e delle determine precedenti per quelle non interessate	Presentazione di una relazione	entro il 15/01/2018			10%	5%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder												
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi	i produttivi, relazionali e organizzativi					25%	20%				

'R2602200 - SOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESIDIO CS	Responsabile : Dr. Pichierri							BUDGET 2	2017				
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2° ISTANZA
Economico-finanziario	tativi, di efficienza, appropriatezza e quali	261											
	Azione lesa ad ottenere donazioni a favore del Presidio	Sviluppo di concrete iniziative per promuovere una azione di raccolta fondi per il P.O.R.	Individuazione di soggetti privati o pubblici per il concreto sostegno alle attività delle UU.OO.	Almeno n.1 donazione nel corso dell'anno				10%			Obiettivo raggiunto - Giorno 3 del mese di Novembre 2017 è stata ricevuta donazione, da parte della Società "Scrifille - Ve Montesamb" di Cosenza, di alcune suppelleli necessarie al fattivo del TU.O.S. D. Laboratrio di F	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Rafforzamento dell'attività ambulatoriale e sanitaria del P.O.R. attraverso il coinvolgimento di associazioni Socio- Sanitarie e delle Istituzioni operanti nella Provincia di Cosenza	Predisposizione di accordi ed intese rivolte al coinvolgimento di nuovi utenti per l'incremento delle attività del P.O.R.	Almeno n.3 intese/accordi di intenti nel cOrso dell'anno	Vedi indicatore				10%			Obiettivo raggiunto - Sono state sottoscritti ir e accordi/intese con: l'ANMIC – Associazione Nazionale Mutlati ed Invalidi Civili di Cosenza, l'UIC – Unione Italiana Ciechi di Cosenza e la C.1.S.O.M. (Corpo Italiano di Soccorso Ordine di Malta) Sezione di Cosenza.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Orario di Servizio	Controllo e monitoraggio dell'orario di lavoro dei dipendenti del Por	Saldo orario al 31/12/2017 > 0 o in alternativa avvenuta contestazione delle situazioni di debito e conseguente avvenuto recupero economico o sottoscrizione da parte del Dirigente responsabile di un piano di rientro nel termine del 31/03/2018	Vedi indicatore				10%	20%		Obiettivo raggiunto - Mensimente sono stafi monitorafi i cartellini di servizio dei dipendenti dell'intero P.O.R. Ci sono stati casi di minus orario nell'area comparto e si è provveduto ad effettuare le comunicazioni di rib con il relativo recupero economico, in alcuni casi.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Definizione di un progetto accoglienza	Presentazione di una proposta relativa alla definizione di un progetto accoglienza per l'utenza del presidio in una logica unitaria con la Dapo Marche	Presentazione proposta alla Direzione	entro il 30/09/2017				15%	20%		Objettivo raggiunto - Dintesa con la collega Dotissa Maria Grazia Palermi (IDAPO Marche) si è condivisa una potesi progettuale di miglioramento dell'accooligenza degli unti al Presidio Ospedaliero di Riberca di Cosenza (che si allega alla presente).	obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Rivisitazione e aggiornamento carta dei servizi	Presentazione di una proposta relativa alla rivistazione e aggiornamento delle carta dei servizi per futenza del presidio in una logica unitaria con la Dapo Marche	Presentazione proposta alla Direzione	ento il 31/12/2017				15%	20%		Obiettivo raggiunto - In relazione alla preparazione di una proposta relativa alla rivistazione ed aggiornamento della Carta dei servizi del P.O.R., d'accordo e di missa con la Dottas Pelemir e la ella ULO. nitressase, si è concordato di sospenderne la definizione in quanto oggetive difficotità non hanno consentito di avviera l'Etri di stampa. particolare si segnala: - 1.a mancata definizione del Plano Industriale relativo al P.O.R. il quale dovrà essere rivise a rideriba con il Dipartimento Saluta della Regione Calabria (come rilevato nell'ultimo incontro di gorno 27/09 u.s. tenutosi in Roma con i rappresentati del Dipartimento Saluta). Tale subazione, charamente, non ci consente di riportare nella carta dei servizi la reale e complessiva offerta sanitaria che il Presidio può garantire ad liventa1.a impossibilità dell'indicazione nella stessa carta dei servizi di alcune figure professionali essenziati per l'attività del Presidio, tra questi Passistente Sociale, (evernutale indicazione del prossimo DMPO, (eventuale mantenimento della U.O. di Terapia del Dotro: -1.E nia sedi dismissione l'apparecchiatura TAC per la "morte bonica" (31.12.2017) dell'attuale apparecchiatura così come cerificato dalla Ditta fornitrice che ne cura l'assistenza. Ciò impore una scalta da parte della DG sulle nuove benoligie da acquisire presso il P.O.R.	obletivo non valutabile	obietivo non valutabile
Prospettiva dell'utenza e stakeho	Attività di monitoraggio sui reclami	Realizzazione di un report infrannuale sui redami	Report infrannuale sui reclami	3 Report a partire dal II semestre 2017				15%	20%		Obiettivo raggiunto - i report relativi ai reclami per come previsto dall'obiettivo, sono stati regolarmente redati quando verificatisi (VEDI ALLEGATI).	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei	Scheda di valutazione individuale proces	I ssi produttivi, relazionali e organizzativi	l	<u> </u>				25%	20%	,	Come ogni anno si è procedub alla valutazione individuale di tuti i collaboratori afferenti alla DAPO e funzionali al raggiungimento degli obietivi.		

'R2902200 - SOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESIDIO CASATENOVO	Responsabile : Dr. Di Ruscio						BUDGET	T 2017					
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO D GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2º ISTANZA
Economico-finanziario													
Processi interni (in termini quantitativi.	di efficienza, appropriatezza e qualità) Consolidamento del percorso relativo alla gestione del Piano Integrato di Miglioramento del Organizzazione (PIMO)	Rilevazione dei dat, complazioni degli indicatori sul portelo regionale di governo e stesura piani di miglioramento.	Indicatori presenti sul portele PRIMO elaborati da Regione Lombardia identificati ed utilizzabili per la nostra realità	Conferma dei valori attesi dagli indicatori identificati nel portale dedicato PRIMO ¹ e stesura dei piani di miglioramento per quegli indicatori che non raggiungono il valore atteso				15%	15%		Il Progeto PRIMOPIMO ha lo scopo di creare le basi per la realizzazione di un piano di miglioramento aziendale dell'organizzazione attaverso uno schema di indicabri che vanno a valutare a 360 gradi l'attività dell'organizzazione da dati di performano, sourezza e di rischi dicino, di formazione e gradimento dell'uneza. Nel corso dell'anno in collaborazione con DIMPO sono stati raccotti per questo obetivo i 19 indicabri richiesto da Regione Lombardia. I dati sono stati insenti sul portele di governo.	obietlivo raggiunto	obiethro raggiunto
	dell'attuità Libero Professionale	Verifica mensile del regolare svolgimento dell'attività libero professionale da parte dei dirigenti medici e sanitari	Redazione di specifici verbali per verificare la corrispondenza tra fimbrature, prenotazioni e accettazioni delle prestazioni in LP	Vedi indicatore				10%	10%		Nel corso del 2017 sono stati redatti i verbali per la verifica del corretto svolgimento dell'attività libero professionale da parte dei dirigenti medici e sanitari.	obiettivo raggiunto	obietivo
	Inteventi volti ad un impiego razionale delle risorse	Sistema di monitoraggio e controllo del lavoro straordinario a supporto delle U.O.		Vedi indicatore				10%	10%		obiettivo raggiunto. Si veda documentazione allegata	obiettivo raggiunto	obietivo raggiunto
	Consolidamento del sistema qualità DAPO	Revisione e/o implementazione delle procedure e dei documenti per il sistema qualità	Revisione e/o stesura dei documenti generali e delle procedure	vedi indicatore				10%	10%		E' stata aggiornata la documentazione generale DAPO: organigramma, piano di lavoro, requisiti minimi e tabella delle competenze	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Mantenimento Certificazione	Messa in campo di tutte le attività necessarie al raggiungimento dell'obiettivo	Valutazione positiva dell'ente certificatore	vedi indicatore				15%	20%		obietivo raggiunto.	obiettivo raggiunto	obietivo raggiunto
		Controllo e monitoraggio dell'orario di lavoro dei dipendenti del Por	contestazione delle situazioni di debito e conseguente avvenuto recupero economico o sottoscrizione da parte del Dirigente responsabile di un piano di rientro nel termine del 241020014	Vedi indicatore				15%	15%		obietivo raggiunto. Si veda documentazione allegata	obiettivo raggiunto	obietivo raggiunto
	Defizione di un progeto accoglienza in collaborazione con DMPO	Presentazione di una proposta relativa alla definizione di un progetto accoglienza per fluenza del presidio in una logica unitaria con la Dapo Ancona	Presentazione proposta alla Direzione	entro # 30/09/2017							Alla luon dell'aumento della popolazione straniera nel nostro paese e sulla scia delle richiesta present nel document di Regione Lombardia, il propeto sull'accoglienza identificato riguarda l'informazione legate all'accosso all'ospedate e all'escessione degle esami diagnostici (in inglese e francese). Sono state aggiornate a settembre 2017 le brochure multilingue a disposicione dei catalidari pressa il CUP-Sul proteia, nella secone biotrationi antissi, sono state insertie le informative in inglese e francese con le indicazioni per la corretta raccolta dei campioni biologici.	obietlivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Rivisitazione e aggiornamento carta del servizi in collaborazione con DMPO	Presentazione di una proposta relativa alla rivistazione e aggiornamento della carta del servizi per l'utenza del presidio in una logica unitaria con la Dapo Ancona	Presentazione proposta alla Direzione	entro il 30/09/2017							La proposta relative alla rivisitazione della carta dei servizi, aggiornata a settembre 2017, si lega strettamente all'obiettivo precedente e consiste nell'integrare nell'attuale carta le schede informative multilingue di sintesi che vengono consegnate a richiesta al front office dell'ospedale (inglese, francese, spagnolo)	obietlivo raggiunto	obiettivo non valutabile
Prospettiva dell'utenza e stakeholder													
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produl	tivi, relazionali e organizzativi						25%	20%				

'R3612200 - SOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESIDI AN FE AP	Responsabile : Dr.ssa Palermi					BUDGET 2017							
SETTORE	ОВІЕТТІVО	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZION E CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario Processi interni (in termin	i quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qu	ualità)											\vdash
	Libera professione		aggiornamento regolamento aziendale	entro il 30.06.2017				5%			Si veda relazione allegata	obiettivo raggiunto	obietivo raggiunto
	2. Libera professione	vademecum per la corretta gestione della procedura ALPI	stesura vademecum e creazione di una cassetta degli attrezzi intranet	entro il 31.12.2017				5%			Si veda relazione allegata	obiettivo non raggiunto	obietivo non raggiunto e non valutabile per il comparto
	3. Libera professione	controlli mensili	verbale di attestazione avvenuto controllo mensile	verbali mensili				5%	5%		Si veda relazione allegata	obiettivo parzialmente raggiutno al 70%	obietivo raggiunto
	Gestione sperimentazione farmaci	regolamento aziendale, in collaborazione con la direzione scientifica	redazione regolamento aziendale	entro il 31.07.2017				5%			Si veda relazione allegata	obiettivo non raggiunto	obietivo non raggiunto e non valutabile per il comparto
	5. Progetto AD Amministrazione decentrata	redazione di un progetto di decentramento funzionale e gerarchico delle operazioni amministrative	dislocazione di punti decentrati per le attività di: 1- accettazione, 2- prenotazione, 3- erogazione pagamento pos, 4-erogazione esenti	entro il 31.12.2017				5%	5%		Si veda relazione allegata	obiettivo raggiunto	obietivo raggiunto
	Rilevazione e monitoraggio indici di presenza/assenza personale dei presidi marchigiani		Report trimestrale contenente l'analisi quantitativa e qualitativa delle assenze del personale. Costruzione di set di indicatori: - N. G di malatipa er dipendente - N. G Gassenza N. Ga lavorativi - N. G Gassenza N. Ga lavorativi - N. G Graternità N. Ga assenza - N. G G miternità N. Ga assenza - N. G G miternità N. Ga assenza - N. G German moti personali N. Ga assenza - N. G German moti personali N. Ga assenza - N. G German Moti Personali N. Ga assenza - N. G German Moti Personali N. Ga assenza - N. G German Moti Personali N. Ga assenza - N. G German N. Ga assenza - N. G German N. Ga assenza	Vedi indicabri				10%	25%		Si veda relazione allegata	obiettivo raggiunto	obietivo raggiunto
	7. Profili orari	ridisegno dei profili orari in applicazione dei nuovi regolamenti sugli orari	assegnazione dei profili per reparto/servi <io a="" comparto<="" dirigenza="" e="" td="" uficio,=""><td>entro il 30.09.2017</td><td></td><td></td><td></td><td>5%</td><td>25%</td><td></td><td>Si veda relazione allegata</td><td>obiettivo raggiunto</td><td>obietivo raggiunto</td></io>	entro il 30.09.2017				5%	25%		Si veda relazione allegata	obiettivo raggiunto	obietivo raggiunto
	9. Controllo ispettivo	istituzione comitato controllo ispettivo	attivazione del comitato	entro il 30.09.2017				5%			Si veda relazione allegata	obiettivo non valutabile	obietivo non valutabile
	10. Controllo attività operatori Cassa Ticket	razionalizzazione registrazione impegnative in back office	report trimestrale contenente l'analisi quantitativa delle registrazioni sul gestionale CUP. Indicatore: verrà considerato un dato medio di n. 70 operazioni giorno per operatore. Il dato per ogni operatore viene calcolato rapportando i volumi mensili di operazioni svolte a CUP per i giorni effetivamente lavorati.	report trimestrale				5%	10%		Si veda relazione allegata	obiettivo raggiunto	obietivo raggiunto
	11. URP		riunioni trimestali con la DMPO per l'analisi dei redami e l'individuazione azioni di miglioramento e produzione di report trimestrali	verbali trimestrali delle riunioni e 3 report a partire dal II semestre 2017				10%	5%		Si veda relazione allegata	obiettivo non raggiunto	obietivo non raggiunto e non valutabile per il comparto
		dei dinendenti del Por	Saldo orario al 31/12/2017 > 0 o in alternativa avvenuta contestazione delle situazioni di debito e conseguente avvenuto recupero economico o sottoscrizione da parte del Dirigente responsabile di un piano di rientro nel termine del 31/03/2018	Vedi indicatore				5%	5%		Si veda relazione allegata	obiettivo raggiunto	obietivo raggiunto
	Definizione di un progetto accoglienza	Presentazione di una proposta relativa alla definizione di un progetto accoglienza per l'utenza del presidio in una logica unitaria con la Dapo Cosenza e Casatenovo	Presentazione proposta alla Direzione e attivazione del servizio h 8-14	entro il 30/09/2017				5%			Si veda relazione allegata	obiettivo raggiunto	obietivo raggiunto
		Presentazione di una proposta relativa alla rivisitazione e aggiornamento della carta dei servizi per l'utenza del presidio in una logica unitaria con la Dapo Cosenza	Presentazione proposta alla Direzione	entro il 31/12/2017				5%			Si veda relazione allegata	obeittivo non valutabile	obietivo non valutabile
Prospettiva dell'utenza e s Sviluppo e innovazione	stakeholder												
	Scheda di valutazione individuale processi pr	odutívi, relazionali e organizzatívi						25%	20%				

'R2600500 - SOC GERIATRIA CS	Responsabile : Dr. Mazzei Direttore Dipartimento: dr. N	fazzei				BUDGET 201	7						
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)		PESO Dirigenz A	PESO COMPART O	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2° ISTANZA
Economico- finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei beni sanitari	Costo dei consumi sanitari per gg degenza	10,3	9,30	110%	100,00	15%	10%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale	3.029.470,40	2.557.375,49	84%	84%	20%				obiiettivo parzialmente raggiunto	obiiettivo parzialmente raggiunto all'84%
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, app	ropriatezza e qualità)											
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	Adeguamento PDTA BPCO riacufizzata	Elaborazione del PDTA entro ottobre 2017	avvio e monitoraggio del PDTA da novembre 2017				10%			Si allega PDTA elaborato e breve relazione di monitoraggio.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento e standardizzazione nella gestione del paziente con scompenso	Adeguamento PDTA scompenso cardiaco	Elaborazione del PDTA entro ottobre 2017	avvio e monitoraggio del PDTA da novembre 2017				5%			Si allega PDTA elaborato e breve relazione di monitoraggio.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Informatizzazione area sanitaria	Realizzazione di tutte le azioni necessarie all'attuazione dell'informatizzazione sanilaria dell'Istituto	partecipazione ai gruppi di lavoro e alle giornate di tormazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto	partecipazione del 100% (operatori e giornate) ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto				5%	10%		Vedasi Relazione Arzeni- Ferrara.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Mantenimento Certificazione	Messa in campo di tutte le attività necessarie al raggiungimento dell'obiettivo	Valutazione positiva dell'ente certificatore	vedi indicatore				5%	10%		Vedasi Certificato rilasciato dall'Ente preposto alla Certificazione del QSM.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo procedura richieste informatizzate di reparto.	Utilizzo della procedura informatica ed eventuali proposte di miglioramento nel sw	Utilizzo delle RIR per l'approvvigionamento dei beni sanitari e non sanitari	Al 100% entro il30/06/2017					10%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo relativo alla rilevazione e monitoraggio di giacenze e scorte di UU.OO. e Servizi.	Rilevazione e produzione dei report trimestrali già definiti per l'individuazione delle scorte di reparto	Alimentazione nel sistema informatico della form della giacenza di reparto	Compilazione delle formentro le scadenze trimestrali indicate dall'UO Acquisizione Beni, Servizi e Logistica					10%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Rilevazione degli aspetti di carattere assistenziale relativi alla valutazione multidimensionale geriatrica.	Compilazione attraverso sistema informatico/cartaceo dei bisogni assistenziali di riferimento per la valutazione multidimensionale	Racolta dati di valutazione multidimensionale di carattere assistenziale per n. 15 pz entro il 31/12/2017					15%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Individuazione e predisposizione di due modelli di diagnosi infermierstiche, gli obiettivi e gli interventi assistenziali di riferimento	Produzione delle schede di diagnosi infermieristiche di riferimento per l'Unità Operativa.	Presentazione schede entro il 30/06/2017					15%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto

Raggiungimento target soggetti da selezionare nei tempi previsti ,(220 entro 31/12/2017)

>1 rispetto al 2016

4,00

6,00

150,00%

assistenziali di riferimento

Produzione Scientifica

Studi Clinici

Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi

Gestione progetti in corso (CKD-3D) e SCOPE

Numero pazienti arruolati

Aumento studi clinici

Prospettiva dell'utenza e stakeholder

Sviluppo e innovazione dei

processi

produttivi e organizzativi Ricerca a Progetto

Area IRCCS - Scienza

Area IRCCS - Rete

obiettivo non

obiettivo non

raggiunto

biettivo raggiunto

raggiunto

obiettivo

raggiunto

biettivo non

raggiunto

aggiunto

Non Raggiunto

Si allega il Report delle pubblicazioni

Si allega dichiarazione del Responsabile dello

studio e del Dir della

Eseguiti secondo tempi e modalità previsti.

UOC di Geriatria

5%

5%

5%

25%

20%

100,00%

'R2601800 - SOC ANESTESIA E TERAPIA Responsabile : Dr. BUDGET 2017 DEL DOLORE / CENTRO Direttore Dipartimento: dr. Mazzei RICERCA GESTIONE RAGGIUNGIMENTO AI PESO OTE CONTROLLO D VALUTAZIONE 1 VALUTAZIONE PESO raggiungimento SETTORE OBIETTIVO ΔΖΙΟΝΙ INDICATORE VALORE OBJETTIVO VALORE CONSUNTIVO VALUTAZIONE CdR FINI DEL SISTEMA DIRIGENZA COMPARTO GESTIONE ISTANZA 2° ISTANZA effettivi (valore %) obiettivo objettivo parzialmente Economico-finanziario Risultati economici Maggiore attenzione nel consumo dei beni sanitari 15% Costo dei consumi sanitari per gg degenza 9.7 10.78 88% 10% parzialmente raggiunto raggiunto all'88% obiettivo non obiettivo non Risultati economici Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate /alore della Produzione da Attività assistenziale 308.643,51 198.560,62 64% 20% raggiunto raggiunto Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità) Obiettivo raggiunto riduzione del numero giorni cefalea, consumo trattamento di almeno 10 pazienti con emicrania cronica con efficienza e appropriatezza diario cefalee 5% come da relazione obiettivo raggiunto Tossina Rotulinica analgesici e dolore di almeno il 30% raggiunto Non valutabile per trattamento di almeno 10 pazienti con dolore cronico/persistente Riduzione del numero di accessi ambulatoriali obiettivo non obiettivo non efficienza e appropriatezza diario del dolore 5% nancata lombare con RF e del dolore valutabile valutabile acquisizione presidi. partecipazione del 100% (operatori e partecipazione ai gruppi di lavoro e alle giornate di Obiettivo raggiunto. giornate) ai gruppi di lavoro e alle giornate di Realizzazione di tutte le azioni necessarie nhiettivo formazione/addestramento promossi e calendarizzati 5% 10% Vedasi relazioni formatizzazione area sanitaria obiettivo raggiunto ormazione/addestramento promossi e all'attuazione dell'informatizzazione sanitaria dell'Istituto ranniunto dai Coordinatori del progetto Arzeni-Ferrara. calendarizzati dai Coordinatori del progetto Obiettivo raggiunto. Messa in campo di tutte le attività necessarie al raggiungimento obiettivo Mantenimento Certificazione Valutazione positiva dell'ente certificatore vedi indicatore 5% 10% Vedasi Relazione obiettivo raggiunto dell'obiettivo raggiunto Ente Certificatore Miglioramento organizzativo Si rimanda alla Utilizzo delle RIR per l'approvvigionamento dei beni Al 100% entro il30/06/2017 Utilizzo della procedura informatica ed eventuali proposte di obiettivo procedura richieste informatizzate di 10% relazione del Dott. obiettivo raggiunto miglioramento nel sw sanitari e non sanitari raggiunto reparto. Marinelli Miglioramento organizzativo relativo Alimentazione nel sistema informatico della form della Si rimanda alla alla rilevazione e monitoraggio di Rilevazione e produzione dei report trimestrali già definiti per obiettivo trimestrali indicate dall'UO Acquisizione Beni, 10% obiettivo raggiunto relazione del Dott. giacenze e scorte di UU.OO. e l'individuazione delle scorte di reparto giacenza di reparto raggiunto Servizi e Logistica Marinelli Compilazione attraverso sistema Racolta dati di valutazione multidimensionale d Si rimanda alla Rilevazione degli aspetti di carattere assistenziale relativi alla obietivo Miglioramento Qualità dell'assistenza informatico/cartaceo dei bisogni assistenziali di carattere assistenziale per n. 15 pz entro il 15% elazione del Dott. biettivo raggiunto valutazione multidimensionale geriatrica. raggiunto riferimento per la valutazione multidimensionale 31/12/2017 Marinelli Si rimanda alla Individuazione e predisposizione di due modelli di diagnosi Produzione delle schede di diagnosi infermieristich obietivo Miglioramento Qualità dell'assistenza resentazione schede entro il 30/06/2017 15% elazione del Dott. obiettivo raggiunt infermierstiche, gli obiettivi e gli interventi assistenziali di riferimento di riferimento per l'Unità Operativa. raggiunto larinelli Prospettiva dell'utenza e stakeholder produzione di un articolo scientifico su tollerabilità ed efficacia di Vedasi relazione obiettivo non obiettivo non produzione scientifica Accettazione su Rivista indexata vedi indicatore 5% piacei nell'anziano allegata aggiunto Obiettivo come da obiettivo Italia longeva collaborazione alla conclusione del progetto tutoraggio a cadenza quindicinale call conference verbalizzate 5% allegata obiettivo raggiunto anniunto dichiarazione. Non valutabile per stesura di un piano di azione su incremento ricover obiettivo non obiettivo nor Area IRCCS - Assistenza % ricoveri fuori regione entro il 31/12/2017 5% mancata fuori regione raggiunto raggiunto acquisizione presidi Obiettivo non obiettivo non obiettivo non Studi Clinici >1 rispetto al 2016 Aumento studi clinici 5% raggiunto. raggiunto raggiunto Sviluppo e innovazione dei Effettuati nei tempi e Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi 25% 20% rocessi produttivi e organizzativ nei modi previsti.

R2602500 - SOSD
LABORATORIO
FARMA COEPIDEMIOLOGIA
GERIATRICA CS

Responsabile : Dr. Corsonello
Direttore Dipartimento: dr. Mazzei

OBIETTIVO

## 1000 March Marc	GERIA I RICA CS												
Processor of the formal power of the season		OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	raggiungimento obiettivi in termini	RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA	PESO		VALUTAZIONE CdR		VALUTAZION E 2º ISTANZA
International or are on white the azami, submitted and appropriate uses as the proposed of submitted and propriate and appropriate uses as the propriate of submitted and propriate and appropriate uses as the propriate uses as the propriate uses as the propriate uses as the propriate and appropriate uses as the propriate uses as		i di officionza appropriatozza e a	uro(#ò)										
Productions as earlier to consider the response of the respons	rrocessi interni (in termini quantitativi	і, иї епісіенга, арргорнатегга е ч	иана)										
And the companies of selection of selections of selection		Informatizzazione area sanitaria	necessarie all'attuazione dell'informatizzazione	giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del	giornate) ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del				5%		partecipato a tutte le	obiettivo raggiunto	
In Production soleration Incomit con UUOO divinide ed income of inclination production and income of income inco			necessarie al raggiungimento	Valutazione positiva dell'ente certificatore	vedi indicatore				5%		partecipato a tutte le	obiettivo raggiunto	
Affarence de l'accident de l'a	Prospettiva dell'utenza e stakeholder												
2. Produzione scientifica 2. Produzione scientifica 3. Ricerca a Progetib 3. Ricerca a Progetib 4. Ricerca a Progetib 4. Ricerca a Progetib 5. Trasformazione ricultati ricerca alla pratea dirica 4. Ricerca a Progetib 5. Trasformazione ricultati ricerca alla pratea dirica 4. Ricerca a Progetib 6. Sirvedano i report allegati il numero di considerazione di un serio (CNO-3D) 8. Numero pazienti arrucialat 2. report semestrali per ogni progetib 2. report semestrali per ogni progetib 3. Ricerca a Progetib 6. Trasformazione ricultati ricerca alla pratea dirica 6. Trasformazione ricultati ricerca alla pratea dirica 7. Trasformazione ricultati ricerca alla pratea dirica		Produzione scientifica		"ticketing biostat" per pubblicazioni	doppio delle richieste registrate nel				5%		da cui si evince la presenza di n. 17 richieste di biostat ticketing		
CicD-3D, Coole Reportage) CicD-3D, Numero pacienti arruoleti CicD-3D, Cooletivo raggiurib CicD-3D, Coo		Produzione scientifica	Pubblicazioni su riviste con IF	Punteggio IF	40,00	50,00	125%	100%	10%		pubblicazioni per un IF	obiettivo raggiunto	
4. Ricerca a Progetio Gesfone progetii n.corso (CRD-3D) Numero pazientii arruolatii 220 entro 31/12/2017 5. Trasformazione risultati interca alla pralka dinica 5. Trasformazione risultati interca alla pralka dinica 6. Trasformazione risultati interca alla pralka dinica 6. Trasformazione risultati interca alla pralka dinica 7. Integrazione brirtforiale Consolidamento rappori con UNICAL 7. Integrazione brirtforiale Consolidamento rappori con UNICAL Partecipazione del incontrii 220 entro 31/12/2017 Partecipazione del 80% del dirigenti medici Part		3. Ricerca a Progetto		Coordinamento attività di progetto	2 report semestrali per ogni progetto				10%		Si vedano i report allegati	obiettivo raggiunto	
5. Trasformazione risultat ricerca alla pratica clinica Seminari per il personale Si veda presentazione di un seminario su "uso del origeni medici Si veda presentazione dell'80% dei dirigeni medici Nuluppo e linnovazione dell'80% dei dirigeni medici T. Integrazione territoriale Consolidamento rapporto con UNICAL Proposta di convenzione con UNICAL Propo		4. Ricerca a Progetto	Gestione progetti in corso (CKD-3D)	Numero pazienti arruolati	220 entro 31/12/2017				10%		allegafi. Il numero di pazienti arruolati al 31/12	obiettivo raggiunto	
6. Trasformazione risultati ricerca alla pratica clinica seminari per il personale seminario su uso dei dirigenti medici 10% seminari per il personale seminario su uso dei chiefu di inapproprialezza prescritiva nella pratica clinica* predici di inapproprialezza prescritiva nella clinica* predici di inappropr			Seminari per il personale	delle stime di funzione renale nella					10%		foglio firme con la partecipazione di n. 14	obiettivo raggiunto In relazione all'obiettivo, considerato che la differenza tra quanto rilevato da CdG (77%) e il target del valore obiettivo (80%) (sia minimo, a parere dello scrivente penso si possa considerare l'item come raggiunto al 66,7%	
Sviluppo e innovazione dei processi Sviluppo e innovazione dei pro			Seminari per il personale	criteri di inappropriatezza prescrittiva					10%		foglio firme con la partecipazione di n. 12		raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi Scheda di valutazione individuale processi produttivi relazionali e processi produttivi processi processi produttivi processi produttivi processi produttivi processi produttivi processi processi produttivi processi processi processi produttivi processi proces		7. Integrazione territoriale	Consolidamento rapporti con UNICAL	Proposta di convenzione con UNICAL	verbale di due incontri				10%		Si vedano verbali allegati	obiettivo raggiunto	
	Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale	e processi produttivi, relazionali e organ	nizzativi	1				25%				33

'R2600700 - SOSD RIABILITAZIONE INTENSIVA CS	Responsabile : Dr. Pranno Direttore Dipartimento: dr. Maz	zzei				BUDGET 201	17						
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZ A	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2° ISTANZA
Economico-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei beni sanitari	Costo dei consumi sanitari per gg degenza	9,1	7,87	113%	100,00	15%	10%	obiettivo raggiunto			obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale	1.218.346,99	1.241.146,24	102%	100,00	20%		obiettivo raggiunto			obiettivo
Processi interni (in termini quantitativi, d	efficienza, appropriatezza e qualità)	asseynas											raggiunto
	Percorso fetture del femore	Aggiornamento del percorso per la gestione delle fratture del femore	Elaborazione del PDTA e trasmissione alla DS entro il 31/12/2017	vedi indicatore				10%			Obt non valutabile in quanto l'adeguamento dei requisiti organizzativi,(7 fisiolerapist entro Settembre 2017), per motivi legati alla transazione con la Regione Calabria,non è stato attuato.	Si conferma quanto evidenziato dal Responsabile del CdC	
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	Adeguamento PDTA ictus	Elaborazione del PDTA e trasmissione alla DS entro il 31/12/2018	vedi indicalore				10%			Obt non valutabile in quanto l'adeguamento dei requisiti organizzativi,(7 fisioterapisi entro Settembre 2017, 1 logopedista), per motivi legati alla transazione con la Regione Calabria,non è stato attuato.	Si conferma quanb evidenziato dal Responsabile del CdC	
	Informatizzazione area sanitaria	Realizzazione di tutte le azioni necessarie al'attuazione dell'informatizzazione sanitaria dell'istituto	partecipazione ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto	partecipazione del 100% (operatori e giornate) ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto				5%	10%		obiettivo raggiunto(vedi relazione Arzeni- Ferrara).	Si conferma quanto affermato dal Responsabile del CdC. Obiettivo raggiunto.	obiettivo raggiunto
	Mantenimento Certificazione	Messa in campo di lutte le attività necessarie al raggiungimento dell'obiettivo	Valutazione positiva dell'ente certificatore	vedi indicabre				5%	10%		obiettivo raggiunto(relazione dell'Ente certificatore)	Si conferma quanto affermato dal Responsabile del CdC. Obiettivo raggiunto.	obiettivo raggiunto
		Utilizzo della procedura informatica ed eventuali proposte di miglioramento nel sw	Utilizzo delle RIR per l'approvvigionamento dei beni sanitari e non sanitari	Al 100% entro il 30/06/2017					10%		obiettivo raggiunto	Si conferma quanto affermato nella relazione di Marinelli . Obiettivo raggiunto.	obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo relativo alla rilevazione e monitoraggio di giacenze e scorle di UU.OO. e Servizi.	Rilevazione e produzione dei report trimestrali già definiti per l'individuazione delle scorte di reparto	Alimentazione nel sistema informatico della form della giacenza di reparto	Compilazione delle form entro le scadenze trimestrali indicate dall'UO Acquisizione Beni, Servizi e Logistica					10%		obiettivo raggiunto	Si conferma quanto affermato nella relazione di Marinelli . Obiettivo	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Rilevazione degli aspetti di carattere assistenziale relativi alla valutazione multidimensionale geriatrica.	Compilazione attraverso sistema informatico/cartaceo dei bisogni assistenziali di riferimento per la valutazione multidimensionale	Racolta dafi di valutazione multidimensionale di carattere assistenziale per n. 15 pz entro il 31/12/2017					15%		obiettivo raggiunto	quanto affermato nella relazione di Marinelli . Obiettivo	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Individuazione e predisposizione di due modelli di diagnosi infermieratche, gli obiettivi e gli interventi assistenziali di riferimento	Produzione delle schede di diagnosi infermieristiche di riferimento per l'Unità Operativa.	Presentazione schede entro il 30/06/2017					15%		obiettivo raggiunto	Si conferma quanto affermato nella relazione di Marinelli . Obiettivo raggiunto.	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											Obiettivo non		\vdash
	Area IRCCS - Assistenza	indicatori Ministero della Salute per valutazione IRCCS	rispetto dei valori soglia previsti dal PNE	vedi indicabre				5%			valutabile dal momento che non sono stati comunicati i valori soglia del PNE da rispettare	Obiettivo raggiunto. Vedasi Allegati.	obiettivo non valutabile
	Area IRCCS	Ricerca Corrente	Presentazione di un protocollo di studio	Entro il 31/12/2017				5%			Obiettivo raggiunto, si veda allegato	Obiettivo raggiunto. Vedasi Allegati.	obietivo raggiunto 41
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale proces	ssi produttivi, relazionali e organizzativi		1				25%	20%		Eseguiti secondo tempi e modalità previsti.		

'R2601900 - SOC LABORATORIO ANALISI CS		abile : Dr. Mari timento: dr. Mazzei				BUDGET 20	117						
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZ A	PESO COMPART O	NOTE CONTROLLO D GESTIONE	I VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2º ISTANZA
Economico-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei beni sanitari	Costo dei consumi sanitari rapportati al numero delle prestazioni	1,80	1,87	96%	100	20%	10%				obiettivo raggiunto .
	Risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale	233.264,72	154.664,64	66%	66	15%				Obiettivo raggiunto in misura del 66 %.	obiettivo reaggiunto all'88%
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appro	opriatezza e qualitá)												
	Miglioramento dell'appropriatezza dell'attività interna	Riduzione del profilo d'ingresso in uso di almeno 3 test considerati a maggior indice di inappropriatezza secondo le linee guida	Condivisione con i reparti dinici del POR del criterio applicato	Documento di condivisione entro il 15 giugno 2017 Applicazione del documento entro il 30 giugno 2017. Attività confermata da verbale interdivisionale del POR				5%	10%		Allegato verbale unico riunione del 12 Giugno 2017 condiviso con le UUOO Cliniche	Obiettivo raggiunto come da allegata documentazione.	obietívo raggiunto .
	Riduzione costi beni di consumo	Estensione ed applicazione su tutti i test di laboratorio del reflex test come previsto da linee guida o indicazioni regionali	Condivisione con i reparti dinici del POR del criterio applicato	Documento di condivisione entro il 15 giugno 2017 Applicazione del documento entro il 30 giugno 2017. Attività confermata da verbale interdivisionale del POR				5%	5%		Allegato verbale unico riunione del 12 Giugno 2017 condiviso con le UUOO Cliniche e documenti.	Obiettivo raggiunto come da allegata documentazione.	obiettivo raggiunto al 66%
	Integrazione intradipartimentale del POR	Valutazione della qualità del Laborabrio percepità attraverso la preparazione ed invio di un questonario alle varie U.O. del POR	Valutazione complessiva ottenute	Valutazione superiore a 7/10 su scheda predisposta dal laboratorio. Predisposizione ed invio scheda ai reparti ento il 15/11/2017. Rocolta schede entro il 30/11/2017. Elaborazione del dato dal Centro Statsca del POR di Ancona				5%	5%		Allegafi documenti e valutazione del Centro Statistica di ancona. Valutzione 8,26/10	Obiettivo raggiunto come da allegata documentazione.	obiettivo raggiunto .
	Mantenimento Certificazione	Messa in campo di tutte le attività necessarie al raggiungimento dell'obiettivo	Valutazione positiva dell'ente certificatore	vedi indicatore				5%	15%		II Lab. Analisi ha superato visita ispetiva del 08 Maggi 2017 senza osservazione o no conformità. Vedi rapporto Audallegato.	io Obiettivo raggiunto in come da allegata	obiettivo raggiunto .
	Informatizzazione area sanitaria	Realizzazione di tutte le azioni necessarie all'attuazione dell'informatizzazione sanitaria dell'Istituto	partecipazione ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto	partecipazione del 100% (operatori e giornate) ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto				5%	5%		Si è partecipato e collaborato : gruppi di lavoro promossi di coordinatori del progetto.		obiettivo non valutabile
	Miglioramento organizzativo procedura richieste informatizzate di reparto.	Utilizzo della procedura informatica ed eventuali proposte di miglioramento nel sw	Ufilizzo delle RIR per l'approvvigionamento dei beni sanitari e non sanitari	Al 100% entro ii30/06/2017					15%		vedere relazioni del Do Marinelli	del Responsabile del CdC	obietívo raggiunto .
	Miglioramento organizzativo relativo alla rilevazione e monitoraggio di giacenze e scorte di UU.OO. e Servizi.	Rilevazione e produzione dei report trimestrali già definiti per l'individuazione delle scorte di reparto	Alimentazione nel sistema informatico della form della giacenza di reparto	Compilazione delle form entro le scadenze trimestrali indicate dall'UO Acquisizione Beni, Servizi e Logistica					15%		vedere relazioni del Do Marinelli	Si conferma tt. quanto dichiarato del Responsabile del CdC	obiettivo raggiunto .
Prospettiva dell'utenza e stakeholder					,						Pubblicato lavoro scientifico co	in.	
	Area IRCCS - Scienza	Produzione Scientifica	IFM	4,00	6	150%	100	5%			IFM 6.714. allegato fi pubblicazione.		obiettivo raggiunto .
	Attività di Ricerca	Gestione prelievi progetti di ricerca	Gestone prelievi per i progeti di ricerca a cui partecipa il presidio	gestione del 100%				10%			Partecipazione ai progetti SCOP e CKD-3D il laboratorio ha gesti il 100% degli esami da effetuare secondo il Dow dei progetti. Allegab attestato.	b Objettive regariupte	obiettivo raggiunto .
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale process	si produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%				

R2602100 -SOC RADIOLOGIA CS

cs													
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2º ISTANZA
Economico-finanziario	0												
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei beni sanitari	Costo dei consumi sanitari rapportati al numero delle prestazioni	2,57	4,46	26%	0%	15%	10%	obt non raggiunto	Obiettivo raggiunto		obt non raggiunto
	Risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale	179.588	162.628	91%	91%	20%		obt parzialmente raggiunto	L'obiettivo e' stato raggiunto. E' stata incrementata l'attivita' con aumento delle prestazioni TC. In seguito al successivo mancato funzionamento della TC, in data 13.11.2017, e' stata chiesta la revisione del budget.	Obiettivo raggiunto in misura superiore al 90 %.	obt parzialmente raggiunto al 91%
Processi interni (in ter	rmini quantitativi, di efficienza, a	appropriatezza e qualità)											
	Mantenimento Certificazione	Messa in campo di tutte le attività necessarie al raggiungimento dell'obiettivo	Valutazione positiva dell'ente certificatore	vedi indicatore				15%	15%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto .Si conferma quanto documentato dal Responsabile del CdC.	Obiettivo raggiunto
	Miglioramento della qualita' delle prestazioni e dell' appropriatezza con incremento delle prestazioni TC	Tempestivita' risposta prestazioni	Prestazioni erogate al 90% entro lo stesso giorno o il giorno successivo	Verifica a campione da parte della DMPO sul 10% delle cartelle				15%			E' stata effettuata la verifica da parte della Direzione Medica.	Obiettivo raggiunto .Si conferma quanto documentato dlla DMPO.	Obiettivo raggiunto
	Informatizzazione area sanitaria	Realizzazione di tutte le azioni necessarie all'attuazione dell'infor matizzazione sanitaria dell'Istituto	di lavoro e alle giornate	parlecipazione del 100% (operatori e giornate) ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestrament o promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto				10%	5%		Gli operatori della Radiologia non sono stati chiamati a partecipare ai gruppi di formazione	Obiettivo non valutabile.	Obiettivo non valutabile.
	Miglioramento organizzativo procedura richieste informatizzate di reparto.	Utilizzo della procedura informatica ed eventuali proposte di miglioramento nel sw	Utilizzo delle RIR per l'approvvigionamento dei beni sanitari e non sanitari	Al 100% entro il 30/06/2017					25%		Obietivo raggiunto. Si sta utilizzando la procedura informatica per l'approvvigionamento dei beni sanitari e non sanitari.	Obiettivo raggiunto .Si conferma quanto documentato dal Responsabile del CdC.	Obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo relativo alla rilevazione e monitoraggio di giacenze e scorte di UU.OO. e Servizi.	Rilevazione e produzione dei report trimestrali già definiti per l'individuazione delle scorte di reparto	Alimentazione nel sistema informatico della form della giacenza di reparto	Compilazione delle form entro le scadenze trimestrali indicate dall'UO Acquisizione Beni, Servizi e Logistica					25%		Obiettivo raggiunto. Si sta utilizzando la procedura informatica per le scorte di reparto	Obiettivo raggiunto .Si conferma quanto documentato dal Responsabile del CdC.	Obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza	a e stakeholder												
												Ohio Himonomia	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individu	iale processi produttivi, re	elazionali e organizzativi					25%	20%		Obiettivo raggiunto. Sono state compilate le schede di valutazione nei tempi richiesti.	Obiettivo raggiunto .Si conferma quanto documentato dal Responsabile del CdC.	

R2900100 - SOSD CARDIOLOGIA RIABILITATIVA CT	Responsabil Direttore Dipartin	le : Dr. Serra nento: dr. Guffanti				BUDGET 2017							
SETTORE	овієттічо	AZIONI	INDICATORE		VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZION E CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2º ISTANZA
Economico-finanziario													
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei beni sanitari per prestazione	0,32		200%		15%	10%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale	168.923,58	182.998,74	108%	100	15%			raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini qua	antitativi, di efficienza, appropriatezza e	e qualità)											
	integrazione SISS R.L.	Produzione richieste per ricetta elettronica	numero di ricette elettroniche su n.totale	90% delle ricette emesse				5%			>90% ricette emesse	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	miglioramento offerta utenza	stabilizzazione laboratorio aritmologia	registrazione ECG dinamico	350 registrazioni				10%	10%		546 esami 31-12-2017	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Mantenimento Certificazione	Messa in campo di tutte le attività necessarie al raggiungimento dell'obiettivo	Valutazione positiva dell'ente certificatore	vedi indicatore				10%	20%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Informatizzazione area sanitaria	Realizzazione di tutte le azioni necessarie all'attuazione dell'informatizzazione sanitaria dell'Istituto	formazione/addestramento promossi e	parlecipazione del 100% (operatori e giornate) ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto				10%	10%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo procedura richieste informatizzate di reparto.	Utilizzo della procedura informatica ed eventuali proposte di miglioramento nel sw	Utilizzo delle RIR per l'approvvigionamento dei beni sanitari e non sanitari	Al 100% entro ii30/06/2017					15%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo relativo alla rilevazione e monitoraggio di giacenze e scorte di UU.OO. e Servizi.	Rilevazione e produzione dei repor trimestrali già definiti per l'individuazione delle scorte di reparto	t Alimentazione nel sistema informatico della form della giacenza di reparto	Compilazione delle formentro le scadenze trimestrali indicate dall'UO Acquisizione Beni, Servizi e Logistica					15%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stake	eholder												
	Ricerca condivisa OSAS-Anziano- rischio CV	valutazione aritmologia > 70	chiusura ricerca al 31-12-2017	40 pazienti				5%			raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Area Scientifica	Reclutamento pazienti per progetto ministeriale REPORT-AGE	Reclutamento 20 pazienti	Entro II 31/12/2017				5%			accordo direzione scientifica	obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale pro	ocessi produttivi, relazionali e organiz	zativi					25%	20%				

'R2901000 - SOC PNEUMOLOGIA CT	Responsabile : Dr Direttore Dipartimento					BUDGET	2017						
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2° ISTANZA
Economico-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei beni sanitari	Costo dei consumi sanitari per gg degenza	14,5				10%	10%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale	2.911.058				10%				obiettivo raggiunto	ohieffiyo
Processi interni (in teri	I mini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	assegnae											raggianio
·	Miglioramento della continuità assistenziale tra ospedale e territorio	Redazione delle indicazioni assistenziali infermieristiche al momento della dimissione	Evidenza della redazione delle indicazioni assistenziali infermieristiche al momento della dimissione	Presenza nel 100% delle cartelle dei pazienti che necessitano di continuità assistenziale ospedale-territorio (ADI, RSA,) delle indicazioni assistenziali infermieristiche				5%	5%		obiettivo raggionto ALLEGATO 4	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento della qualità e standardizzazione del lavoro di equipe	Riunioni con specialisti di altre discipline	1 riunione con Sp. Radiologo	Partecipazione globale di almeno 80% personale medico				5%			obiettivo raggiunto ALLEGATO 5	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento della qualità e standardizzazione del lavoro di equipe	Riunioni con specialisti di altre discipline	2 riunioni con specialisti Oncologia e tisiologia entro 31/12	Partecipazione globale di almeno 50% personale sanitario (Medico e Non- medico)				5%			obiettivo raggiunto ALLEGATO 5	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento della qualità e standardizzazione del lavoro di equipe	stesura PDTA ONCOLOGIA POLMONARE	produzione PDTA	inserimento S.Qualità entro 30/10/17				5%			obiettivo raggiunto ALLEGATO 6	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento della qualità e standardizzazione del lavoro di equipe	stesura PdTA Polmoniti: CAP e Nosocomiali	produzione PDTA	inserimento S.Qualità entro 30/10/17				5%			obiettivo raggiunto ALLEGATO 3	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento della qualità e standardizzazione del lavoro di equipe	stesura Procedura Follow-up Nodulo Polm Isolato	produzione Procedura	inserimento S.Qualità entro 30/10/17				5%			obiettivo raggiunto ALLEGATO 2	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento dell' Appropriatezza prescrittiva nei pazienti >70 y ricoverati nelle 2 UUOO	utilizzo supporti informatici per valutazione approprialezza prescrittiva	verifica 5% cc (randomizzata) pazienti ricoverati all' ingresso e alla dimissione	riduzione inappropriatezza prescrittiva 5%				5%			obiettivo raggiunto ALLEGATO 1	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Mantenimento Certificazione	Messa in campo di tutte le attività necessarie al raggiungimento dell'obiettivo	Valutazione positiva dell'ente certificatore	vedi indicatore				5%	10%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Informatizzazione area sanitaria	Realizzazione di tutte le azioni necessarie all'attuazione dell'informatizzazione sanitaria dell'Istituto	partecipazione ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto	partecipazione del 100% (operatori e giornate) ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto				5%	5%		obietivo raggiunto ALLEGATO 1	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo procedura richieste informatizzate di reparto.	Ufilizzo della procedura informatica ed eventuali proposte di miglioramento nel sw	Ufilizzo delle RIR per l'approvvigionamento dei beni sanitari e non sanitari	Al 100% entro il30/06/2017					15%		Dr. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo relativo alla rilevazione e monitoraggio di giacenze e scorte di UU.OO. e Servizi.	Rilevazione e produzione dei report trimestrali già definifi per l'individuazione delle scorte di reparto	Alimentazione nel sistema informatico della form della giacenza di reparto	Compilazione delle formentro le scadenze trimestrali indicate dall'UO Acquisizione Beni, Servizi e Logistica					15%		Dr. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Rilevazione degli aspetti di carattere assistenziale relativi alla valutazione multidimensionale geriatrica.	Compilazione attraverso sistema informatico/cartaceo de bisogni assistenziali di riferimento per la valutazione multidimensionale	Racolta dati di valutazione multidimensionale di carattere assistenziale per n. 15 pz entro il 31/12/2017					10%		Dr. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Individuazione e predisposizione di due modelli di diagnosi infermierstiche, gli obiettivi e gli interventi assistenziali di riferimento	Produzione delle schede di diagnosi infermierisliche di riferimento per l'Unità Operativa.	Presentazione schede entro il 30/06/2017					10%		Dr. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder													
	Attività ricerca	Valutazione cognitiva e nutrizionale in pazienti affetti da IPF	arruolamento e follow up	15 pazienti entro 31-12-2017				10%			obiettivo raggiunto ALLEGATO 7	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, re	elazionali e organizzativi						25%	20%		obiettivo raggiunto		

R2901900 - SOSD LABORATORIO ANALISI CT	Responsabile : L Direttore Dipartimer					В	UDGET 2017						
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2° ISTANZA
Economico-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi	Costo dei beni sanitari per prestazione	1,52				15%	10%			obiettivo raggiunto	obiettivo
	Risultati economici	medici Incremento attività con le risorse dirigenziali	Valore della Produzione da Attività assistenziale	812.277,93	831.594,51	102%	100	15%				obiettivo raggiunto	obietivo
Processi interni (in termi	ni quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	assegnate											raggiunto
	miglioramento rapporti con utenza	istruzioni operative multilingua	stesura istruzioni operative	distribuzione entro 30 /9				10%	20%		Pubblicati sul sito POR di Casatenovo in data 20/09 nella sezione Laboratorio Analisi-modulistica. In allegato copia documentazione	obietívo raggiunto	obiettivo raggiunto
	mantenimento qualità	sorveglianza infezioni basata su dati di LAB	Report trimestrali	100%				10%	5%		Compilati i report trimestrali. In allegato copia documentazione	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	miglioramentoappropriatezza diagnostica	introduzione dosaggio quantitativo albumina sierica per valutazioni nutrizionali	implementazione del test	Avvio della determinazione degli esami entro 30/09				5%	5%		In data 12/09 è stato introdotto nella routine il disaggio dell'albumina serica. In allegato curva di calibrazione e controlli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Mantenimento Certificazione	Messa in campo di tutte le attività necessarie al raggiungimento dell'obietivo	Valutazione positiva dell'ente certificatore	vedi indicatore				5%	15%		Completo	obietívo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Informalizzazione area sanilaria	Realizzazione di tutte le azioni necessarie all'attuazione dell'informatizzazione sanitaria dell'istituto	partecipazione ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto	partecipazione del 100% (operatori e giornate) ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promo ssi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto				5%	5%		Vedi relazione Marinelli	obietfvo non valutabile	obietiivo non valutabile
	Miglioramento organizzativo procedura richieste informatizzate di reparto.	Uffizzo della procedura informatica ed eventuali proposte di miglioramento nel sw	Utilizzo delle RIR per l'approvvigionamento dei beni sanitari e non sanitari	Al 100% entro il30/06/2017					10%		Vedi relazione Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo relativo alla rilevazione e monitoraggio di giacenze e scorte di UU.OO. e Servizi.	Rilevazione e produzione dei report trimestrati già definiti per l'individuazione delle scorte di reparto	Alimentazione nel sistema informatico della form della giacenza di reparto	Compilazione delle formentro le scadenze trimestrati indicate dall'UO Acquisizione Beni, Servizi e Logistica					10%		Vedi relazione Marinelli	obietívo raggiunto	obietivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder													
	ricerca comune condivisa: anzieno-OSAS-rischio CV	determinazione fbrinogeno e omocisteina	continuazione arruolamento a 40 pz	conclusione				5%			A tuffoggi sono stati arruolat 40 pazienti. Riferimento Dott Bonardi tiblare Ricerca	obietřvonon valutabile	obiettvonon valutabile
	Area Scientifica	Gestione prelievi pazienti per progetto ministeriale REPORT-AGE	Almeno 20 prelievi	Entro il 31/12/2017				5%			Non pervenute istruzione da parte della Direzione Scientifica	obietívo non valutabile	obietivo non valutabile
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazio	onali e organizzatvi						25%	20%				

R2902100 - SOSD RADIOLOGI A CT	Responsabile : Dr. Ge Direttore Dipartimento: dr.					BUD	GET 2017						
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZION E CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2º ISTANZA
Economico-finanz	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei beni sanitari per prestazione	0,39				10%	10%		ok	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale	269.538				15%			ok	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi interni (i	n termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)												
	Miglioramento dei servizi offerti	stabilizzazione attività MOC	funzionamento regolare e continuativo della diagnostica	130 ESAMI INTE/ESTERNI ENTRO 3112-2017				10%		395 esami nel 2017	ok(226 esami eseguiti)	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	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)				10%			ok	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento dei servizi offerti	Predisposizione e realizzazione di un piano per la realizzazione dell'obiettivo contrattuale AMBULATORI APERTI	Realizzazione del piano entro il 15/06 e avvio dello stesso entro 01/07/2017	vedi indicatore							ok	obietlivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Interazione territorio	Riorganizzazione attività di servizio	Esami aggiuntivi per collaborazione progetto regionale CReG	100% esami richiesti				15%	5%		non sono pevenute richieste	obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile
	Mantenimento Certificazione	Messa in campo di tutte le attività necessarie al raggiungimento dell'obiettivo	Valutazione positiva dell'ente certificatore	vedi indicatore				5%	25%		ok	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo procedura richieste informatizzate di reparto.	Utilizzo della procedura informatica ed eventuali proposte di miglioramento nel sw	Utilizzo delle RIR per l'approvvigionamento dei beni sanitari e non sanitari	Al 100% entro il30/06/2017					20%		ok	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo relativo alla rilevazione e monitoraggio	Rilevazione e produzione dei report trimestrali già definiti per l'individuazione delle scorte di reparto	Alimentazione nel sistema informatico della form della giacenza di reparto	Compilazione delle form entro le scadenze trimestrali indicate dall'UO Acquisizione Beni, Servizi e Logistica					20%		ok	obietlivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'ut	tenza e stakeholder												
	Ricerca corrente condivisa: OSAS-ANZIANO-RISCHIO CV	VALUTAZIONE ECO TSA e AO ADDOMINALE	continuazione arruolamenti fino a 40 pazienti	chiusura studio al 31-12-2017				10%			ok (vd allegati Dr.colombo)	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e oi	rganizzativi						25%	20%		ok		

'R3613000 - SOC ODONTOSTOMA TOLOGIA AN		ile : Prof. Procaccini rtimento: dr. Della Bella				BUDGET 201	7						
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMEN TO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLL O DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIO NE 2° ISTANZA
Economico-finanziario													obiettivo
	Risultati economici	-99	Costo dei Farmaci	650	454	130%	100	10%	5%			obiettivo raggiunto	raggiunto
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici	7.500,00	- 3.583,32	248%	100	10%	5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale	41.622	38.446	92%	92	15%				obiettivo parzialmente raggiunto	obiettivo parzialment e raggiunto al 92%
Processi interni (in term	ini quantitativi, di efficienza, appropriate	ezza e qualità)											
	Informatizzazione area sanitaria	all'attuazione dell'informatizzazione sanitaria	partecipazione ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto	par ecipazione dei 100 % (operatori e giornate) ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del				10%	10%			obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile
	Integrazione Inrca \ Aur (Osimo)	Attuazione del progetto di integrazione interaziendale secondo protocolli e modalità definite e concordate (vedi cronoprogramma DMPO)	avvio / prosecuzione delle attività secondo modalità concordate	rispetto del cronoprogramma revisionato nel maggio 2016				5%				obiettivo non raggiunto in quanto non risulta alla DMPO la richiesta di avvio delle attività	obiettivo non valutabile
	1Promozione del Brand Inrca e apertura al Territorio	Predisposizione diuna brochure informativa sulla salute orale rivolta all'utenza geriatrica con anche finalità promozionali dell'attività svolte dalla clinica odonbiatrica da diffondere anche nelle sale di attesa dei reparti INRCA	Realizzazione della Brochure	Approvazione della brochure da parte della Direzione Generale entro il 30/04/17 e stampa e messa in uso della brochure entro il 30/06/17				5%				obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2Revisione e sviluppo di nuovi modelli organizzativi	Predisposizione di una procedura per la valutazione della salute del cavo orale nei pazienti anziani ricoverati presso la Residenza Dorica	Predisposizione di un documento condiviso con i rappresentanti medici e infermieristici della Residenza Dorica	Realizzazione del documento entro il 30/09/2017				5%				obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3Revisione e sviluppo di nuovi modelli organizzativi	Predisposizione di un documento per la valutazione della appropriatezza degli interventi in regime di DH/DS nei pazienti anziani in base alla fragilità	Predisposizione di un documento al fine di poter instaurare l'attività di DH/DS odontoiatrica	Realizzazione del documento entro il 30/06/2017				5%				obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo procedura richieste informatizzate di reparto.	Ufilizzo della procedura informatica ed eventuali proposte di miglioramento nel sw	Utilizzo delle RIR per l'approvvigionamento dei beni sanitari e non sanitari	Al 100% entro il30/06/2017					20%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo relativo alla rilevazione e monitoraggio di giacenze e scorte di UU.OO. e Servizi.	Rilevazione e produzione dei report trimestrali già definiti per l'individuazione delle scorte di reparto	Alimentazione nel sistema informatico della form della giacenza di reparto	Compilazione delle form entro le scadenze trimestrali indicate dall'UO Acquisizione Beni, Servizi e Logistica					20%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Individuazione e predisposizione di due modelli di diagnosi infermierstiche, gli obiettivi e gli interventi assistenziali di riferimento	Produzione delle schede di diagnosi infermieristiche di riferimento per l'Unità Operativa.	Presentazione schede entro il 30/06/2017					20%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e	e stakeholder					-				-			obiettivo
	Area IRCCS - Scienza	Produzione Scientifica	IFM	6	0	0	0	5%				obiettivo non raggiunto	non raggiunto
	Area IRCCS - Assistenza	Progetti di ricerca	Stesura di progetti di ricerca	Presentazione di almeno un progetto di ricerca, come ccordinatore o partner, entro il 31/12/2017				5%				obiettivo raggiunto	ohiettivo
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale proc	essi produttvi, relazionali e organizzativi						25%	20%				48

'R2410100 - SOC CENTRO TECNOLOGIE AVANZATE DELL'INVECCHIAM ENTO AN

Responsabile : Dr. Provinciali Direttore Dipartimento: dr. Della Bella

ENTO AN													
SETTORE	овієттічо	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIO NE 1° ISTANZA	VALUTAZIO NE 2° ISTANZA
Economico-finanziario													
	Integrazione risorse istituzionali	Ricerca fondi c/o agenzie di finanziamento	Presentazione progetti per ottenimento di finanziamenti	100 mila €	5.026,40	5%	0	25%	10%		1)Bando: Ricerca Finalizzata 2016 del Ministero della Salute Tiblo: Study of the effects of adapted Tango and multidimensional intervention in pREvention of dementa in agiNG: developing healTHy life style programs Res. UOTAIDr. F. Piacenza € 180.000;Pubblicazione dei Progetti approvati il 13/12/2017 dal Ministero della Salute sul sib http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_bandi_135_listafie_itemName_12_file.pdf/2) Contributo di €4120 + IVA da parte della Fondazione Santa Lucia (Det N. 6/DAPOAN del 24 Marzo 2017).	obiettivo raggiunto in quanto i progetti sono stati presentati nel 2017 (vedi indicatore)	obiettivo non raggiunto
Dragonal interni (in tormini	quantitativi, di efficienza, approp	aviotowno o susolità)											
Processi interni (in termini c	quantitativi, di enidenza, approj	orialezza e qualitaj									Il Responsabile del CdR ha presentato alla		
	Attività Ricerca corrente	Coordinamento Linee di Ricerca	Partecipazione alla consuntivazione per la Ricerca Corrente anno 2016	Presentazione report				10%	15%		Direzione Scientifica la consuntivazione per l'anno 2016 relativa alla Linea 1 di ricerca dell'Istituto.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Area scientifica	Progetto Banca Biologica	Implementazione progetto	Presentazione capitolato all'ufficio gare				10%	15%		Il capitolato è stato regolalrmente inviato e la gara effettuata	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Integrazione Ricerca/Assistenza	Sviluppo di partnership e reti collaborative a livello Dipartimentale	Presentazione di un protocollo sperimentale che tenga conto della dimensione assistenziale e di ricerca	Piano di azione da presentare entro 31/12/2017				10%	15%	documento inviato in data 25/01/2018	E' stato presentato alla DS un protocollo sperimentale sul Trapianto di microbiota fecale unitamente alle UO Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva e l'UO Laboratorio Analisi chimico-cliniche e molecolari	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Qualificazione operatori del Servizio di stabulario	Attività di assistenza in collaborazione con il Medico Veterinario	Partecipazione riunioni interne e corsi di aggiornamento	Relazione del Medico Veterinario				10%	15%		L'operatoredelServiziodiStabulariohapartecipatoariu nioniinterneecorsidiaggiornamentotenutidalMedicoVe erinariocomeattestatodaspecifica relazione	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e sta	akahaldar	-						-		 			-
i rospetuva dell'uteriza e st	Area scientifica	Invio articoli a riviste con IF	Punteggio I.F.N.	70,00	71,00	101%	100%	10%	10%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
0.7										ļ			ļ
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individu	ale processi produttivi, relazionali e	organizzativi					25%	20%				

'R3610300 - SOC UROLOGIA AN		sponsabile : Dr. Della Bella re Dipartimento: dr. Della Bella				BUDGE	T 2017							
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGEN A	PES C		TE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIO NE 1° ISTANZA	VALUTAZIO NE 2º ISTANZA
Economico-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci	103.749	40.066	161%	100	10	0%	5%		raggiunto	obiettivo	obiettivo
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi	Costo dei dispositivi medici	323.169,29	238.553,38	126%	100	10	0%	5%		raggiunto	raggiunto obiettivo	obiettivo
	Risultati economici	medici Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale	2.501.787	2.352.037	94%			0%	I po bud que son Rip dei sare	osti letto previsti a dget erano 6,67 mentre illi effettivi disponibili io stati 5,53. rroporzionando il dato posti letto l'obiettivo ebbe pienamente giunto	L'obiettivo è da ritenersi raggiunto dal momento che il raggiungimento dello stesso prevedevano i Fativazzione di ulteriori posti letto a disposizione dell'UO, 1 seduto peratoria aggiuntiva e 1 dirigente medico aggiuntiva e 1 dirigente medico aggiuntivo. Tutti questi requisiti non sono stati soddisfatti. Pernato I'UO ha lavorato nel corso del ratazione allegato.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto al 94%
Processi interni (in termini	i quantitativi, di efficienza,													+
	protocollo/trial HIFU	Definizione del protocollo per effettuazione di un trial clinico sull'uso dell'HIFU	Approvazione del protocollo dal Comitato etico	entro dicembre 2017					5%			raggiunto	obiettivo	
	Informatizzazione area sanitaria	Realizzazione di tutte le azioni necessarie all'attuazione dell'informatizzazione sanitaria dell'Istituto	partecipazione ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento prom ossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto	partecipazione dei 100% (operation e giornate) ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del					4%	10%		raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo
l	Integrazione Inrca \ Aur (Osimo)	Attuazione del progetto di integrazione interaziendale secondo protocolli e modalità definite e concordate (vedi cronoprogramma DMPO)	avvio / prosecuzione delle attività secondo modalità concordate	rispetto del cronoprogramma revisionato nel maggio 2016				4	4%			raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Attivazione percorso Carcinoma della Prostata	Definizione del PDTA per la prostata tra le UUOO Urologia, PTP, Anestesia e Rianimazione e Diagnostica per Immagini	Stesura dell'algoritmo diagnostico terapeutico del PDTA indicato in azione e invio alla DMPO	entro il 31/12/2017					4%	doc data	cumentazione inviata in a 27/12/2017	raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Attivazione percorso chirugico geriatrico	messa a punto di protocolli con tra le UOC Geriatria, chirurgia, Anestesia, Piede Diabetico, Nutrizione Clinica	stesura protocollo operativo entro 31/12/2017	vedi indicatore				;	3%		cumentazione inviata in a 31/12/2017	raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo procedura richieste informatizzate di reparto.	Utilizzo della procedura informatica ed eventuali proposte di miglioramento nel sw	Utilizzo delle RIR per l'approvvigionamento dei beni sanitari e non sanitari	Al 100% entro il30/06/2017						15%		si veda relazione del dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo relativo alla rilevazione e monitoraggio di giacenze e scorte di UU.00. e Servizi.	Rilevazione e produzione dei report trimestrali già definiti per l'individuazione delle scorte di reparto	Alimentazione nel sistema informatico della form della giacenza di reparto	Compilazione delle form entro le scadenze trimestrali indicate dall'UO Acquisizione Beni, Servizi e Logistica						15%		si veda relazione del dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Rilevazione degli aspetti di carattere assistenziale relativi alla valutazione multidimensionale geriatrica.	Compilazione attraverso sistema informatico/cartaceo dei bisogni assistenziali di riferimento per la valutazione multidimensionale	Racolta dati di valutazione multidimensionale di carattere assistenziale per n. 15 pz entro il 31/12/2017						15%		si veda relazione del dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Individuazione e predisposizione di due modelli di diagnosi infermierstiche, gli obiettivi e gli interventi assistenziali di riferimento	Produzione delle schede di diagnosi infermieristiche di riferimento per l'Unità Operativa.	Presentazione schede entro il 30/06/2017						15%		si veda relazione del dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e sta	takeholder													\perp
	Area IRCCS - Scienza	Produzione Scientifica	IFM	sottomissione di almeno un lavoro su rivista con IF	Sottomessi 1 articolo per un totale di 4 IFN				5%			raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
l	Area IRCCS - Assistenza	% di ricoveri fuori regione	Mantenimento dei ricoveri di pz proveniente di altre regione	vedi indicatore					5%	201	ricoveri fuori regione nel 16 vs 24 ricoveri fuori ione nel 2017	raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Area IRCCS - Rete	Studi Clinici	Aumento studi clinici	>1 rispetto al 2016					5%	1 tr 201	rial nel 2017 vs 0 trial nel 16	raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Attuazione della Prostat unit interaziendale con AO Riuniti	Partecipazione alle riunioni del team interaziendale	Percentuale di partecipazione alle riunioni	80%, a partire da giugno 2017					5%			raggiunto	obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto
	Area scientifica	implentazione HIFU	Collaborazione con la UO PTP alla implentazione dell'HIFU	relazione implementazione HIFU 2017 condivisa con il responsabile dell'UOSD PTP					5%			raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individ	luale processi produttvi, relazionali e organizzativi	1	1				28	5%	20%		raggiunto		50

R3610800 - SOC DERMATOLOGIA / CENTRO DI RICERCA		Responsabile : Dr. Dipartimento: dr. Della Bella				BUDGET 2017							
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO F DIRIGENZ (A	PESO COMPART	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIO NE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci	13.000	11.253	113%	100	10%	5%			obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici	65.000,00	57.868,32	111%	100	10%	5%			obietívo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale	703.477	851.148	121%	100	15%				obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini	quantitativi, di efficienza, appropriatez	za e qualità)											
	2 orientamento alla qualità.	miglioramento della comunicazione e refertazione con il MMG	realizzazione di un format per lettera da consegnare al p. operato ambulabrialmente con descrizione dell'intervento e prescrizioni successive (medicaz. E farmaci)	realizzazione del format entro 30.9.2017, inizio consegna nel IV trimestre 2017				10%	10%		il format è stato realizzato entro la data prevista dal valore obiettivo e viene consegnato regolarmente ai pazientidermochirurgici. Si allega copia di una scheda compilata nel corso del 2017.	obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Attivazione percorso sul melanoma	Definizione del PDTA tra le UUOO Dermatologia, Anestesia e Rianimazione e Diagnostica per Immagini; medicina Nucleare	Stesura dell'algoritmo diagnostico terapeutico del PDTA indicato in azione e invio alla DMPO	entro il 31/12/2017				5%			L'algoritmo è stato realizzato, pur non essendo stato inviato alla DMPO.		obiettivo raggiunto al 70%
	Informatizzazione area sanitaria	Realizzazione di tute le azioni necessarie all'attuazione dell'informatizzazione sanitaria dell'istituto	partecipazione ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto	partecipazione del 100% (operatori e giornate) ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto				5%	10%		l'UO ha partecipato ai corsi di formazione organizzati dall'UO Formazione e della DMPO	obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Integrazione Inrca \ Aur (Osimo)	Atuazione del progetto di integrazione interaziendale secondo protocoli e modalità definite e concordate (vedi cronoprogramme DMPO)	avvio / prosecuzione delle attività secondo modalità concordate	rispetto del cronoprogramma revisionato nel maggio 2016				5%			Dal 2017 si è avviata una collaborazione con l'UO Medicina Generale dell'ospedale di Osimo, nella persona della dott ssa Moira Lucesoli, attraverso teleconsulto con telerefertazione.	obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo procedura richieste informatizzate di reparto.	Utilizzo della procedura informatica ed eventuali proposte di miglioramento nel sw	Utilizzo delle RIR per l'approvvigionamento dei beni sanitari e non sanitari	Al 100% entro il30/06/2017					10%		Si veda relazione del dott. Marinelli. Obiettivo raggiunto	obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto
		Rillevazione e produzione dei report trimestrali già definit per l'individuazione delle scorte di reparto	Alimentazione nel sistema informatico della form della giacenza di reparto	Compilazione delle form entro le scadenze trimestrali indicate dall'UO Acquisizione Beni, Servizi e Logistica					10%		Si veda relazione del dott. Marinelli. Obiettivo raggiunto	obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Rilevazione degli aspeti di carattere assistenziale relativi alla valutazione multidimensionale geriatrica.	Compilazione attraverso sistema informatico/cartaceo dei bisogni assistenziali di riferimento per la valutazione multidimensionale	Racolta dati di valutazione multidimensionale di carattere assistenziale per n. 15 pz entro il 31/12/2017					15%		Si veda relazione del dott. Marinelli. Obiettivo raggiunto	obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Individuazione e predisposizione di due modelli di diagnosi infermierstiche, gli obiettivi e gli interventi assistenziali di riferimento	Produzione delle schede di diagnosi infermieristiche di riferimento per l'Unità Operativa.	Presentazione schede entro il 30/06/2017					15%		Si veda relazione del dott. Marinelli. Obiettivo raggiunto	obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e s	takeholder												
	Area IRCCS - Assistenza	Progetti di ricerca	Stesura di progetti di ricerca	Presentazione di almeno un progetto di ricerca, come ccordinatore o partner, entro il 31/12/2017				10%			Obiettivo non raggiunto a causa di carenze del personale.	obietivo non raggiunto	n obiettivo non raggiunto
	Area IRCCS - Rete	Studi Clinici	Aumento studi clinici	>1 rispetto al 2016				5%			Obietfivo raggiunto. Si veda determina CERM per parere favorevole avvio studio.	obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale pro-	cessi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%				

R3611400 - SOSD ANESTESIA GERIATRICA		bile : Dr.ssa Giampieri artimento: dr. Della Bella				BUDGET 2017							
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBJETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE		PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIO NE 2° ISTANZA
Economico- finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci	52.500	39.435	125%	100	10%	5%		Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata.		obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici	102.120,00	62.881	138%	100	10%	5%		Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata.		obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Numero sedute operatorie in orario ordinario	104	130	125%	100	10%			Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata.		obiettivo raggiunto
Processi interni (in te	rmini quantitativi, di efficienza, appropriate:	zza e qualità)											T
	Otimizzazione dell'utilizzo del bo mediante revisione dell'organizzazione	Analisi dei deficit organizzativi	Report mensile da inviare a DMPO e DS sul mancato pieno uflizzo delle sedute operatorie messe a disposizione dei professionisti	vedi indicatore a partire dal mese di agosto con report relativo al mese precedente				10%	5%		Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata. All 1-5	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento assistenza al paziente critico	Ottimizzazione del percorso di trasporto del pz critico	Redazione procedura trasporto pz critico e validazione procedura da parte della Direzione	Inserimento procedura QSM entro 31/12				5%	5%		Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata. All6-10	obiettivo raggiunto	obiettivo non valutabile
	Gestione dei progetti finanziati	Predisposizione delle azioni per la corretta gestione del progetto europeo Stars in collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico	Corretta gestione degli outcomes previsti	Produzione di reports analitici secondo le fasi progettuali previste				3%	5%		Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata.All 11	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Attivazione percorso chirugico geriatrico	messa a punto di protocolli con tra le UOC Geriatria, chirurgia, Piede Diabetico, Urologia, Nutrizione Clinica	stesura protocollo operativo entro 31/12/2017	vedi indicatore				3%			Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Attivazione percorso Carcinoma della Prostata	Definizione del PDTA per la prostata tra le UUOO Urologia, PTP, Anestesia e Rianimazione e Diagnostica per Immagini	Stesura dell'algoritmo diagnostico terapeutico del PDTA indicato in azione e invio alla DMPO	vedi indicatore				3%			Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Attivazione percorso sul melanoma	Definizione del PDTA tra le UUOO Dermatologia, Anestesia e Rianimazione e Diagnostica per Immagini; medicina Nucleare	Stesura dell'algoritmo diagnostico terapeutico del PDTA indicato in azione e invio alla DMPO	vedi indicatore				3%			Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata	obiettivo raggiunto	obiettivo non valutabile
	Attivazione percorso Sepsi	Definizione del PDTA per la Sepsi con UO Farmacia, CMI, Anestesia e Rianimazione, Geriatria e collaborazione dell'infettivolgo	Stesura dell'algoritmo diagnostico terapeutico del PDTA indicato in azione e invio alla DMPO	vedi indicalore				3%			Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	Messa a punto di protocolli operativo tra le UU.OO. di Neurologia, Chirurgia Anestesia e Rianimazione e Blocco Operatorio per il percorso del paziente candidato alla neuromodulazione sacrale.	Check list dell'appropriatezza del percorso, numero di procedure verbalizzate con le U.O. coinvolte e presentazione di document di condivisione del percorso	Presentazione di documenti di condivisione dei percorsi attivati entro il mese di dicembre 2017 con valutazione positiva da parte della Direzione Sanitaria. Inserimento della procedura nell'SGQ				5%	5%		Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata.All 12,13,14	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Informatizzazione area sanitaria	Realizzazione di tutte le azioni necessarie all'attuazione dell'informatizzazione sanitaria dell'Istituto	partecipazione ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto	partecipazione del 100% (operatori e giornate) ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto				5%	5%		Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo procedura richieste informatizzate di reparto.	Utilizzo della procedura informatica ed eventuali proposte di miglioramento nel sw	Ufilizzo delle RIR per l'approvvigionamento dei beni sanitari e non sanitari	Al 100% entro il30/06/2017					15%		Per tali obiettivi fare	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo relativo alla rilevazione e monitoraggio di giacenze e scorte di UU.OO. e Servizi.	Rilevazione e produzione dei report trimestrali già definiti per l'individuazione delle scorte di reparto	Alimentazione nel sistema informatico della form della giacenza di reparto	Compilazione delle formentro le scadenze trimestrali indicate dall'UO Acquisizione Beni, Servizi e Logistica					10%		riferimento alla rendicontazione inviata dal Dr P. Marinelli, ad	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Rilevazione degli aspetti di carattere assistenziale relativi alla valutazione multidimensionale geriatrica.	Compilazione attraverso sistema informatico/cartaceo dei bisogni assistenziali di riferimento per la valutazione muttidimensionale	Racolta dati di valutazione multidimensionale di carattere assistenziale per n. 15 pz entro il 31/12/2017					10%		informazione e supporto dei Direttori e Coordinatori, relativa alle	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Individuazione e predisposizione di due modelli di diagnosi infermierstiche, gli obiettivi e gli interventi assistenziali di riferimento	Produzione delle schede di diagnosi infermieristiche di riferimento per l'Unità Operativa.	Presentazione schede entro il 30/06/2017					10%		valutazioni degli obiettivi di budget 2017 del comparto area assistenza	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenzi	a e stakeholder												
	Area IRCCS - Scienza	Produzione Scientifica	IFM	4,00	0,00	0,00	0,00	5%			Obiettivo da valutare . Si veda relazione allegata.All 15-17	obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto
Sviluppo e innovazione dei	Scheda di valutazione individuale process	si produttvi, relazionali e organizzativi						25%	20%		Vedi Scheda Valutazione 2017		

Marche M	'R3612000 - SOC CHIRURGIA GENERALE E PATOLOGIA CHIRURGICA AN		nsabile : Dr. Boccoli partimento: dr. Della Bella	BUDGET 2017						В	SUDGET 2017			
Mark Service Mark	SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBJETTIVO	VALORE CONSUNTIVO			PESO			VALUTAZIONE CdR		NE 2°
Mail or core Mail	Economico-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci	99.998	55.226	145%	100	10%	5%			obiettivo raggiunto	
March Marc		Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici	397.752,71	577.602,07	55%	55	10%	5%	pe ril valore della produzione (in incremento) l'obietivo sarebbe		raggiunto, come da nota	raggiunto al
Part		Risultati economici			2.493.654	2.826.379	113%	100	15%				obiettvo raggiunto	
Production of the Company of the C	Processi interni (in termini quantitat	ivi, di efficienza, appropriatezza e	qualitá)											
## Aground for the Company of the Co		Informatizzazione area sanitaria	all'attuazione dell'informatizzazione sanitaria	giornate di formazione/addestramento promossi e	gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati				5%	10%		Responsabile utilizzano il nuovo sistema informatico per lettere di dimissione, SDO, cartella clinica, percorso	obiettvo raggiunto	
Montane Margin and Part		Integrazione Inrca \ Aur (Osimo)	interaziendale secondo protocolí e modalità definite e concordate (vedi cronoprogramma	avvio / prosecuzione delle attività secondo modalità concordate	rispetto del cronoprogramma revisionato nel maggio 2016				5%			attività chirurgica presso	obiettvo raggiunto	
Modern register de parties qualité qua		integrazione con AO Riuniti e	carofidea e condivisione dei criteri per la scella della terapia chirurgica e/o interventistica con l'UO Diagnostica per Immagini e la UO Neurologia per	Ancona e con le altre UUOO aziendali e formalizzazione con validazione da parte					4%			percorso chirurgico condiviso per la chirurgia carotidea, non ancora attuato per carenza di personale fino al 01.12.2017, impossibilità di esecuzione da	obietlivo raggiunto	
Service from the Conference of		dell'assistenza e dei processi	UU.OO. di Neurologia, Chirurgia Anestesia e Rianimazione e Blocco Operatorio per il percorso del paziente candidato alla neuromodulazione	numero di procedure verbalizzate con le U.O. coinvolte e presentazione di documenti	percorsi attivati entro il mese di dicembre 2017 con valutazione positiva da parte della Direzione				4%			documentazione inviata dal	obietívo raggiunto	
In Engineering to this count is a sproyed and approximate to the sproyed and approximate to t			Geriatria, Piede Diabetco, Anestesia, Urologia,	stesura protocollo entro 31/12	vedi indicatore				4%			documentazione inviata dal	obiettvo raggiunto	
procedure information de procedure de l'entre de la companie de la compan		dell'appropriatezza	criteri di appropriatezza sanitaria e terapeutica. Da realizzare congiuntamente tra le UUOO Nutrizione clinica, Geriatria, Neurologia, Cardiologia, Clinica medicina Interna, Degenza	Pazienti deceduri entro 3 gg dall'inizio di NE o NP					3%			documentazione inviata dal	obietívo raggiunto	
Revisions all relevatione de linguation de la ferrancia contragação de jarged of contract and participant de l'approximant productions de la general de report de la qualitation de la granditation de l'approximant production de		procedura richieste informatizzate di reparto.			Al 100% entro il 30/06/2017					15%		Obietivo raggiunto. Si veda relazione del dott Marinelli	obiettivo raggiunto	
Migloramento Qualità (Privazione del gala spel di curativa assistancia del resistancia del res		relativo alla rilevazione e monitoraggio di giacenze e			indicate dall'UO Acquisizione Beni, Servizi e					15%		Obietivo raggiunto. Si veda relazione del dott Marinelli	obiettivo raggiunto	
Area (RCCS - Assistenza and RCCS - Reite Studies) Area (RCCS - Reite Stud			relativi alla valutazione multidimensionale geriatrica.	informatico/cartaœo dei bisogni assistenziali di riferimento per la valutazione multidimensionale	carattere assistenziale per n. 15 pz entro il					15%		Obietivo raggiunto. Si veda relazione del dott Marinelli	obietívo raggiunto	
Area IRCCS - Scienza Produzione Scientifica FEM 4,00 4,00 100% 100% 5% Obietivo raggiunto obietivo raggiunto dobietivo raggiunto obietivo raggiunto dobietivo raggiunto raggiunt		dell'assistenza	diagnosi infermierstiche, gli obiettivi e gli interventi	infermieristiche di riferimento per l'Unità	Presentazione schede entro il 30/06/2017					15%				
Area IRCCS - Assistenza indicatori Ministero della Salute per valutazione del Responsable del CDR consista comunicata IRCCS indicatori Ministero della Salute per valutazione del Responsable del CDR consista comunicata IRCCS indicatori del responsable del CDR consista consista comunicata IRCCS indicatori del responsable del CDR consista	rruspetuva deliutenza e stakeholde		Produzione Scientifica	IFM	4,00	4,00	100%	100	5%			Obietivo raggiunto	obiettvo raggiunto	
Net INCUS - Net Sud Clinic Aumento sud crinic 31 speep a 2019 presentancione del Sudio control raggiunto resentancione del Sudio control raggiunto raggiunto raggiunto control		Area IRCCS - Assistenza		rispeto dei valori soglia previsti dal PNE	vedi indicabre				5%			Obietivo non valutabile. Non sono stat comunicat all'UO i valori soglia da rispettare	Non si accetta la motivazione del Responsabile del CDR poiché gli indicatori del PNE sono noti e sono stati inseriti come obiettivi dei dirigenti medici all'inteno della scheda di valutazione individuale.	obietivo non i valutabile
		Area IRCCS - Rete	Studi Clinici	Aumento studi clinici	>1 rispetto al 2016				5%				obiettvo raggiunto	
	Sviluppo e innovazione dei	Scheda di valutazione individuale	processi produttvi, relazionali e organizzativi		1				25%	20%				

'R3613200 - SOC CENTRO DEL PIEDE DIABETICO AN		onsabile : Dr. Romagnoli Dipartimento: dr. Della Bella				BUDGET 2017							
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBJETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE		PESO COMPART O	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci	70.000	86.177	77%	π	10%	5%	Riproporzionando i consumi all'aumento della produzione l'obiettivo sarebbe raggiutno all'88,3%		Obiettivo parzialmente raggiunto come da nota del controllo di gestione.	obiettivo parzialmente raggiunto all'88,3%
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici	100.000,00	104.169,97	96%	100	10%	5%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale	2.029.235	2.236.369	110%	100	15%				Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
Processi interni (in term	ini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	Informatizzazione area sanitaria	Realizzazione di tutte le azioni necessarie all'attuazione dell'informatizzazione sanitaria dell'istituto	partecipazione ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto	partecipazione del 100% (operatori e giornate) ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto				5%	10%		Tutto il personale ha partecipato al 100% delle riunioni indette	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Integrazione Inrca \ Aur (Osimo)	Afluazione del progetto di integrazione interaziendale secondo protocolli e modalifà definite e concordate (vedi cronoprogramma DMPO)	avvio / prosecuzione delle attività secondo modalità concordate	rispetto del cronoprogramma revisionato nel maggio 2016				5%			secondo le indicazioni concordate con la DAPO	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Definire un protocollo per l'uso delle cellule aublioghe mononudeate, isolate mediante device Monocells, per il trattamento di pazienti affetti da diabete mellito complicato da arteriopata periferica non rivrascolarizzabile	Predisposizione di un documento con il protocollo d'uso	fine di identificare i criteri da utilizzare per una	Redazione del documento La redazione del documento deve essere validata dalla DSC entro 30109				10%		Documento inviato in data 18/09	Le riunioni sono state effettuate nelle date 18/01/17, 2/2/17, 13/6/17, 14/9/17 ed il documento finale è stato invisto in data 18/09/17.	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Attivazione percorso chirugico geriatrico	messa a punto di protocoli con le UOC Geriatria, chirurgia, Anestesia, Urologia, Nutrizione Clinica	stesura protocollo operativo entro 30/09/2017; attivazione fase pilota entro 1/11/2017, applicazione a tutti i ricoverati entro gennaio 2018	stesura protocollo operativo entro 31/12/2017				5%		Protocollo inviato dal prof. Cherubini in data 31/12/2017	Protocollo inviato	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo procedura richieste informatizzate di reparto.	Utilizzo della procedura informatica ed eventuali proposte di miglioramento nel sw	Utilizzo delle RIR per l'approvvigionamento dei beni sanitari e non sanitari	Al 100% entro il30/06/2017					15%		Si veda relazione del dot. Marinelli	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo relativo alla rilevazione e monitoraggio di giacenze e scorte di UU.OO. e Servizi.	Rilevazione e produzione dei report trimestrali già definiti per l'individuazione delle scorte di reparto	Alimentazione nel sistema informatico della form della giacenza di reparto	Compilazione delle formentro le scadenze trimestrali Indicate dall'UO Acquisizione Beni, Servizi e Logistica					15%		Si veda relazione del dot. Marinelli	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Rilevazione degli aspetti di carattere assistenziale relativi alla valutazione muttidimensionale geriatrica.	informatico/cartaceo dei bisogni assistenziali di riferimento per la valutazione multidimensionale	Racolta dati di valutazione multidimensionale di carattere assistenziale per n. 15 pz entro il 31/12/2017					15%			raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Individuazione e predisposizione di due modelli di diagnosi infermierstiche, gli obiettivi e gli interventi assistenziali di riferimento	Produzione delle schede di diagnosi infermieristiche di riferimento per l'Unità Operativa.	Presentazione schede entro il 30/06/2017					15%		Si veda relazione del dot. Marinelli	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e	e stakeholder												
	Area IRCCS - Scienza	Produzione Scientifica	IFM	4,00	1,00	25%	0	5%			pubblicat	obietivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto
	Area IRCCS - Assistenza	% di ricoveri fuori regione	Mantenimento dei ricoveri di pz proveniente di altre regione	vedi indicatore				5%		effettuati 74 ricoveri fuori regione nel 2017 vs i 64 nel 2016	Dat conternat	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Area IRCCS - Rete	Studi Clinici	Aumento studi clinici	>1 rispetto al 2016	0		0	5%			In corso lo studio DC- Pressure	Obiettivo raggiunto	obiettivo non raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produtfi	vi, relazionali e organizzativi						25%	20%				

'R3613700 - SOSD PREVENZIONE DEI TUMORI PROSTATICI AN		sabile : Dr.ssa Pierangeli Dipartimento: dr. Della Bella					BUDGET 2017						
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZ A	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 11 ISTANZA	VALUTAZIO NE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci	150	184	77%	77	10%	59	Riprorzionando i consumi pe ril valore della produzione (in incremento) l'obiettvo sarebbe pienamente raggiunto		obiettivo pienamer raggiunto come da nota del controllo o gestione	a obietivo
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici	7.150,00	9.151,74	72%	72	10%	59	Riprorzionando i consumi pe ril valore della produzione (in incremento) l'obiettivo sarebbe pienamente raggiunto		obietivo pienamer raggiunto come da nota del controllo o gestione	a obietivo
	Risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale	163.313	254.829	156%	100	10%				obietívo raggiunto	obietivo raggiunto
Processi interni (in termini quant	titativi, di efficienza, appropriatezza e q	ualitá)											\perp
	protocollo/trial HIFU	Definizione del protocollo per effettuazione di un trial clinico sull'uso dell'HIFU	Approvazione del protocollo dal Comitato etico	entro dicembre				10%			SI VEDA APPROVAZIONE DEL COMITATO ETICO ALLEGATA DAL DOPTT DELLABELLA	obietívo raggiunto	obietivo raggiunto
	Informatizzazione area sanitaria	Realizzazione di tutte le azioni necessarie all'attuazione dell'informatizzazione sanitaria dell'Istituto	partecipazione ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto	partecipazione del 100% (operatori e giornate) ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto				5%	109	6	IL PERSONALE DELL'UNITÀ OPERATIVA HA PARTECIPATO REGOLARMENTE AI GRUPPI DI FORMAZIONE COME RISULTA AGLI ATTI DELLA DMP	obietivo raggiunto	obietivo raggiunto
		Attuazione del progeto di integrazione interaziendale secondo protocoli e modalità definite e concordate (vedi cronoprogramma DMPO)	prosecuzione delle attività secondo modalità concordate	rispeto del cronoprogramma revisionato nel maggio 2016				5%	,		I PZ PROVENIENTI DA OSIMO VENGONO REGOLARMENTE VISITAT DALLA UO PRESSO LA SEDE DI ANCONA COME DA PRENOTAZIONI A CUP	l obietivo raggiunto	obietivo raggiunto
	della Prostata	Definizione del PDTA per la prostata tra le UUOO Urologia, PTP, Anestessa e Rianimazione e Diagnostica per Immagini	Stesura dell'algoritmo diagnosfico terapeutico del PDTA indicato in azione e invio alla DMPO	entro il 31/12/2017				15%			RELAZIONE INVIATA IN DATA 21 12 AL CONTROLLO DI GESTIONE	obietivo raggiunto	obietivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo procedura richieste informatizzate di reparto. Miglioramento organizzativo relatvo	Utilizzo della procedura informatica ed eventuali proposte di miglioramento nel sw	Utilizzo delle RIR per l'approvvigionamento dei beni sanitari e non sanitari	Al 100% entro i30/06/2017					209	6	SI VEDA RELAZIONE DEL DOTT. MARINELLI	obietívo raggiunto	obietivo raggiunto
	alla rilevazione e monitoraggio di	Rilevazione e produzione dei report trimestrati già definiti per l'individuazione delle scorte di reparto	Alimentazione nel sistema informatico della form della giacenza di reparto	Compilazione delle form entro le scadenze trimestrali indicate dall'UO Acquisizione Beni, Servizi e Logistica					209	6	SI VEDA RELAZIONE DEL DOTT. MARINELLI	obietivo raggiunto	obietivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Individuazione e predisposizione di due modelli di diagnosi infermierstiche, gli obiettivi e gli interventi assistenziali di riferimento	Produzione delle schede di diagnosi infermieristiche di riferimento per l'Unità Operativa.	Presentazione schede entro il 30/06/2017					209	6	SI VEDA RELAZIONE DEL DOTT. MARINELLI	obietívo raggiunto	obietivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeho						1		-		1	DARTECIDATO AL 400% DECLUNICONTRI CON ECNA 40 DUNTI DA	-	+
	Attuazione della Prostat unit interaziendale con AO Riuniti	Partecipazione alle riunioni del team interaziendale	Percentuale di partecipazione alle riunioni	80%, a partire da giugno 2017				5%			PARTECIPATO AL 100% DEGLI INCONTRI CON ECM 40 PUNTI DA GIUGNO 2017 COME DA ATTESTATO E SMARCATURE DA CARTELLINO	obietívo raggiunto	obietivo raggiunto
	Area scientifica	implentazione HIFU	Collaborazione con la UOC urologia alla implentazione dell'HIFU	relazione implementazione HIFU 2017 condivisa con il responsabile dell'UOSD PTP				5%			VEDRE RELAZIONI COMPILATA CON IL DOTT. DELL'ABELLA	obietívo raggiunto	obietivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale pro	oessi produttvi, relazionali e organizzativi	1	1				25%	209	6			

'R3613900 - SOSD GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA		bile : Dr. Peruzzi imento: dr. Della Bella				BUDGET 2017							
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO P DIRIGENZA C	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIO NE 1° ISTANZA	VALUTAZIO NE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei fermaci	Costo del Farmaci	43.500,00	58.867,34	65%	65%	10%	5%	Riproporzionando il consumo del farmaci all'aumento dell'attività, fobiettivo sarebbe raggiunto all'51%. In londre si segnala che l'incremento del consumo del farmaci deriva, in maniera importante, dalla sommisiria zono diretta (f'ile F) che è aumentata di 14.083,61€ (farmaco remicade).		obiettivo pienamente raggiunto come da nota del controllo di gestione	obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici	71.447,12	75.106,52	95%	95%	10%		Riproporzionando il consumo dei dispositivi all'aumento dell'attività, l'obiettivo sarebbe pienamente raggiunto.		obietlivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali	Valore della Produzione da Attività	431.592,25	492.637,11	114%	100%	15%				obietivo	obiettivo
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza	a, appropriatezza e qualità)	assegnate	assistenziale									raggiunto	raggiunto
	Informatizzazione area sanitaria	Realizzazione di tutte le azioni necessarie all'attuazione dell'informatizzazione sanitaria dell'istituto	partecipazione ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto	parlecipazione del 100% (operatori e giornate) ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto				5%	10%		obiettivo raggiunto come si evince dai fogli presenza dell'UO formazione	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Integrazione Inrca \ Aur (Osimo)	Attuazione del progetto di integrazione interaziendale secondo protocolli e modalità definite e concordate (vedi cronoprogramma DMPO)		rispetto del cronoprogramma revisionato nel maggio 2016				5%			Si veda relazione della Dmpo	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni erogate	Formazione operatori su appropriatezza prestazioni	Audit sull'approprialezza a parfire da giugno 2017	Relazione finale sull'audit entro il 31/12				10%	10%		Obiettivo raggiunto. Si veda report allegato inviato all'UO Formazione	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Percorso diagnostico terapeutico per pazienti affetti da malatie infiammatorie croniche intestinali	Elaborazione di un PDTA aziendale a seguito della pubblicazione del PDTA regionale	Presentazione PDTA aziendale	entro il 31/10/2017 previa individuazione altre uu.oo. coinvolte				5%		documento pervenuto in data 03/11/2017	Obiettivo raggiunto. II PDTA è stato inviato in data 03/11/2017	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo procedura richieste informatizzate di reparto.	Utilizzo della procedura informatica ed eventuali proposte di miglioramento nel sw	Utilizzo delle RIR per l'approvvigionamento dei beni sanitari e non sanitari	Al 100% entro ii30/06/2017					20%		Si veda relazione dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo relativo alla rilevazione e monitoraggio di giacenze e scorte di UU.OO. e Servizi.	Rilevazione e produzione dei report trimestrali già definiti per l'individuazione delle scorte di reparto	Alimentazione nel sistema informatico della form della giacenza di reparto	Compilazione delle form entro le scadenze trimestrali indicate dall'UO Acquisizione Beni, Servizi e Logistica					15%		Si veda relazione dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Individuazione e predisposizione di due modelli di diagnosi infermierstiche, gli obiettivi e gli interventi assistenziali di riferimento	Produzione delle schede di diagnosi infermieristiche di riferimento per l'Unità Operativa.	Presentazione schede entro il 30/06/2017					15%		Si veda relazione dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder													1
	Area IRCCS - Scienza	Produzione Scientifica	IFM	4,00	0	0	0	5%				obiettivo noi raggiunto	raggiunto
	Area IRCCS - Rete	Studi Clinici	Aumento studi clinici	>1 rispetto al 2016	0	0	0	5%				obiettivo noi raggiunto	n obiettivo non raggiunto
	Area IRCCS - Assistenza	Trapianti di feci per coliti da clostridium difficile	Elaborazione di un protocollo in collaborazione con il Centro Traslazionale dell'invecchiamento e con il Laboratorio Analisi	Entro il 31/01/2018				5%		documento pervenuto in data 28/01/2018	Obiettivo raggiunto. Si veda protocollo allegato allegata	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale p	rocessi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%				

'R3620100 - SOSD CARDIOLOGIA RIABILITATIVA FM	Re	esponsabile : Dr. Marini Dipartimento: dr. Postacchini				BUDGET 2017							
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)		PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2° ISTANZA
Economico-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci	148.806	145.088,77	102%	100	10%	5%				Obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici	120.534,69	110.610,01	108%	100	10%	5%				Obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale	450.870	395.551	88%	88%	15%					Obiettivoparzi almente raggiunto all'88%
Processi interni (in termi	ini quantitativi, di efficienza, app	propriatezza e qualità)											
	Appropriatezza dell'utenza	Valutazione dei Pazienti presso i reparti per acut pre trasferimento dall'H di Fermo	100% pazienti valutati nel mese di dicembre 2017	vedi indicatore				10%			Obiettivo raggiunto	Raggiunto (presente relazione non una scheda clinica riassuntiva e/o database)	obiettivo non raggiunto
	Miglioramento e standardizzazione nella gestione del paziente con scompenso	Definizione percorso per pazienti con scompenso cardiaco integrato tra Cardiologia, Geriatria/AGU, CMI, DPA, Riabilitazione e Riabilitazione Cardiologica (comprendendo anche i criteri di accesso a ricovero nelle varie UUOOCC)	Stesura dell'algoritmo diagnostico terapeutico del PDTA indicato in azione e invio alla DMPO	entro 31/12				5%			documentazione inviata dal dott. Antonicelli in data 02/01/2018	Raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Miglioramento della continuità assistenziale di comparto	Revisione (entro giugno) per Applicazione procedura "Un amico al tuo fianco" mirata sulla fipologia appropriata dei pazienti	Compilazione schede di formazione del caregiver	vedi indicatore				5%	15%		Obiettivo raggiunto	Raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	Applicazione del programma riabilitativo con molteplici figure professionali	Esecuzione audit verbalizzato interdisciplinare per l'appropriatezza riabilitativa (cod.56)	Realizzazione di audit trimestrali a partire dal II Trimestre 2017				5%			Si vedano verbali di audit	Raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Informatizzazione area sanitaria	Realizzazione di tutte le azioni necessarie all'attuazione dell'informatizzazione sanitaria dell'Istituto		parlecipazione del 100% (operatori e giornate) ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto				5%	5%		obiettivo raggiunto, come da documentazione agli atti dell'UO Formazione		Obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo procedura richieste informatizzate di reparto.	Ufilizzo della procedura informatica ed eventuali proposte di miglioramento nel sw	Utilizzo delle RIR per l'approvvigionamento dei beni sanitari e non sanitari	Al 100% entro ii30/06/2017					10%		obiettivo raggiunto, come da relazione del dott. Marinelli		Obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo relativo alla rilevazione e monitoraggio di giacenze e scorte di UU.OO. e Servizi.	Rilevazione e produzione dei report trimestrali già definiti per l'individuazione delle scorte di reparto	Alimentazione nel sistema informatico della form della giacenza di reparto	Compilazione delle form entro le scadenze trimestrali indicate dall'UO Acquisizione Beni, Servizi e Logistica					10%		obiettivo raggiunto, come da relazione del dott. Marinelli		Obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Rilevazione degli aspetti di carattere assistenziale relativi alla valutazione multidimensionale geriatrica.	Compilazione attraverso sistema informatico/cartaceo dei bisogni assistenziali di riferimento per la valutazione multidimensionale	Racolta dati di valutazione multidimensionale di carattere assistenziale per n. 15 pz entro il 31/12/2017					15%		obiettivo raggiunto, come da relazione del dott. Marinelli		Obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Individuazione e predisposizione di due modelli di diagnosi infermiersfiche, gli obiettivi e gli interventi assistenziali di riferimento	Produzione delle schede di diagnosi infermieristiche di riferimento per l'Unità Operativa.	Presentazione schede entro il 30/06/2017					15%		obiettivo raggiunto, come da relazione del dott. Marinelli		Obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e	stakeholder												
	Area IRCCS - Scienza	Produzione Scientifica	IFM	4	1	25%	0	5%				Obiettivo non raggiunto	Obiettivo non raggiunto
	Area IRCCS - Rete	Studi Clinici	Aumento studi clinici	>1 rispetto al 2016	0	0	0	5%				Obiettivo non raggiunto	Obiettivo non raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individ	uale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%				

SETTORE Economico-finanziario Ri	ОВІЕТТІVО												
Economico-finanziario Ri		AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1°	VALUTAZION E 2º ISTANZA
	tisultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci	148.806	145.088,77	102%	100	10%	5%				obiettivo raggiunto
Ri	tisultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici	120.534,69	110.610,01	108%	100	10%	5%				obiettivo raggiunto
Ri	tisultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale	2.753.226	2.574.701	94%	94	15%					obiettivo parzialmente raggiunto al 94%
Processi interni (in termini quantitativi,	, di efficienza, appropriatezza e qualità)												1
Ar	ttivazione percorso Sepsi	Definizione del PDTA per la Sepsi con UO Farmacia, CMI, Anestesia e Rianimazione e collaborazione dell'infettivolgo	Stesura dell'algoritmo diagnostico terapeutico del PDTA indicato in azione e invio alla DMPO	entro 31/12				5%			eseguito (vedere materiale allegato alla scheda)	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	figlioramento della qualità dell'assistenza e ei processi assistenziali	PDTA ICTUS Definizione e validazione in integrazione con SOSD Medicina riabilitativa	Stesura dell'algoritmo diagnostico terapeutico del PDTA indicato in azione e invio alla DMPO	entro 31/12				5%	10%		eseguito (vedere materiale allegato alla scheda)	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	ligioramento e standardizzazione nella estione del paziente con scompenso	Definizione percorso per pazienti con scompenso cardiaco integrato tra Cardiologia Ancona, Geriatria, Riabilitazione Cardiologica (comprendendo anche i criteri di accesso a ricovero nelle varie UUOOCC)	Stesura dell'algoritmo diagnostico terapeutico del PDTA indicato in azione e invio alla DMPO	entro 31/12				5%			eseguito e spedito dal coordinatore dr. Antonicelli (vedere materiale allegato alla scheda)	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Inf	nformalizzazione area sanitaria	Realizzazione di tutte le azioni necessarie all'attuazione dell'informatizzazione sanitaria dell'istituto	partecipazione ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto	partecipazione del 100% (operatori e giornate) ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto				5%	5%		eseguile (vedere labulato attività e presenze della DSM)-eseguile attività di interazione e audit interni , riunione dipartmentale per ottimizzazione SIS	i obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	figlioramento delle qualità dell'assistenza e ei processi assistenziali	Integrazione con Area Vasta 4	attività al CDCD integrato di Montegranaro	report delle attività CDCD di				5%	5%		esequito	obiettivo raggiunto	obietívo
Mi	ei processi assistenziali figlioramento organizzativo procedura ichieste informatizzate di reparto.	Utilizzo della procedura informatica ed eventuali proposte di miglioramento nel sw	Utilizzo delle RIR per l'approvvigionamento dei beni sanitari e non sanitari	Montegranaro Al 100% entro il30/06/2017					10%			obiettivo raggiunto	raggiunio
Mi	liglioramento organizzativo relativo alla levazione e monitoraggio di giacenze e corte di UU.OO. e Servizi.	Rilevazione e produzione dei report trimestrali già definiti per l'individuazione delle scorte di reparto	Alimentazione nel sistema informatico della form della giacenza di reparto	Compilazione delle formentro le scadenze trimestrali indicate dall'UO Acquisizione Beni, Servizi e Logistica					10%			obiettivo raggiunto	objettivo
	figlioramento della continuità assistenziale di omparto	Revisione (entro giugno) per Applicazione procedura "Un amico al tuo fianco" mirata sulla fipologia appropriata dei pazienti	Compilazione schede di formazione del caregiver	vedi indicatore					10%			obiettivo raggiunto	obietivo raggiunto
м	figlioramento Qualità dell'assistenza	Rilevazione degli aspetti di carattere assistenziale relativi alla valutazione multidimensionale geriatrica.	Compilazione attraverso sistema informatico/cartaceo dei bisogni assistenziali di riferimento per la valutazione multidimensionale	Racolta dati di valutazione multidimensionale di carattere assistenziale per n. 15 pz entro il 31/12/2017					10%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
M	liglioramento Qualità dell'assistenza	Individuazione e predisposizione di due modelli di diagnosi infermierstiche, gli obiettivi e gli interventi assistenziali di riferimento	Produzione delle schede di diagnosi infermieristiche di riferimento per l'Unità Operativa.	Presentazione schede entro il 30/06/2017					10%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder													
Ar	rea IRCCS - Scienza	Produzione Scientifica	IFM	15	15,4	103%	100	5%			eseguito		obiettivo raggiunto
Ar	urea IRCCS - Assistenza	Progetti di ricerca	Collaborazione con Direzione Scientifica per lo svolgimento dei progetti attivi (GOOD,SCOPE) in termini di reclutamento pazienti e definizionne dei contenuti scientifici	relazione approvata dal direttore scientifico				5%			Inviata relazione. in accordo con la DS non è stato assegnato IL good ed è stato implemeto lo SCOPE		obiettivo raggiunto
Ar	urea IRCCS - Refe	Studi Clinici	Implementazione studi clinici	almeno 1	0	0	0	5%			in accordo con la DS non é stato assegnato il GOOD ed é stato implemeto lo SCOPE. Vincita del Studio Clinico STREGTH (comunicazione ministeriale dicembre 2017)	b	obiettivo non raggiunto
Sviluppo e innovazione dei Sci processi produttivi e organizzativi	icheda di valutazione individuale processi pro	duttivi, relazionali e organizzativi	+					25%	20%		esequito		

'R3620700 - SOC RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE FM		bile : dr.Scendoni imento: dr. Postacchini				BUDGE	ET 2017						
SETTORE	овієттічо	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBJETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPART O	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2° ISTANZA
Economico-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci	408.806	409.257,51	100%	100	10%	5%				obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici	121.399,69	110.610,01	109%	100	10%	5%				obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale	1.654.165	1.604.625	97,01%	100	15%					obiettivo raggiunto
Processi interni (in termir	L ni quantitativi, di efficienza, appropria		assiste iziale										raggiunio
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	PDTA ICTUS Definizione e validazione in integrazione con UOC Geriatria	Stesura dell'algoritmo diagnostico terapeutico del PDTA indicato in azione e invio alla DMPO	entro 31/12				5%	5%		Doumento inviato in data 31/12/2017 dal dott. Postacchini.	Raggiunto	obiettivo raggiunto
	Migioramento qualità ed approprialezza delle cure	Identificazione e presa in carico riabilitativa dei pazienti provenienti dalla U.O. di Orbopedia , Medicina Interna dell'OC di Fermo	Esecuzione audit verbalizzab interdisciplinare (fisiatra, ortopedia e internista) ai fini dell'appropriatezza riabilitativa (COD. 56)	Numero di audit verbalizzati interdisciplinari non inferiore a 3 entro Gennaio 2018				5%			L'approprialezza dei ricoveri nell'U.O. Riabilitazione è notevolmente migliorata anche per l'apertura dell'U.O. Post Acuzie divea desseso transilamo per non ancora pronti per la riabilitazione intensiva. Tuttavia non è satio possibile sesquire gli audit verbalizzati interdisciplinari con L'Area Vasta4 per carenza di personale Medico * due unità di cui una impegnata anche nelle guardie interdivisionali"	Non Raggiunto	obiettivo non raggiunto
	Migioramento delle qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	attivazione dell'ambulatorio "prevenzione delle caduta" presso il laborrotorio di ricerca osteoporosi	Interventi mulidiscplinari del laboratorio prevenzione cadute delle Medicina riabilitativa del POR	predisposizione cartella ambulatoriale e formazione del team multidisciplinare entro 2017ed inizio attività				5%	5%		E' stata redatta una cartella ambulabriale da usare nell'ambulabrio prevenzione delle cadute di prossima apertura "riportata in allegato". È stato predisposto un Team multidiscipinare in collaborazione con II v.o. Geriatria, Urologia e diagnostica per immagini per una migliore presa in carico dei pazienti che una volta eseguito lo screening iniziale hamno necessità di affinamenti diagnosto – terspeutici. L'ambulabrio è in fase di prossima attivazione all'arrivo dei nuovi Medici clo IV.O.		obiettivo raggiunto
	Miglioramento delle qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	Costituzione del consenso informato Specifico per le attività riabilitative	Altivazione Consenso Informato	Presenza del Consenso informato Riabilifivo Specifico sul campione del 10% di CC dalla data ufficiale di attivazione del Consenso Informato (attivazione entro giugno 2017) valutato dalla DSM				5%	5%		Non è stato possibile realizzare un consenso informato dedicato alle attività riabilitative	Non Raggiunto	obiettivo non raggiunto
	Informatizzazione area sanitaria	Realizzazione di lutte le azioni necessarie all'attuazione dell'informatizzazione sanitaria dell'Istituto	parlecipazione ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto	partecipazione del 100% (operatori e giornate) ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto				5%	5%		obiettivo raggiunto, come da documentazione agli atti dell'UO Formazione	Raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo procedura richieste informatizzate di reparto.	Utilizzo della procedura informatica ed eventuali proposte di miglioramento nel sw	Utilizzo delle RIR per l'approvvigionamento dei beni sanitari e non sanitari	Al 100% entro ii30/06/2017					10%		obiettivo raggiunto, come da relazione del dott. Marinelli		obiettivo raggiunto
	Migfioramento organizzativo relativo alla rilevazione e monitoraggio di giacenze e scorte di UU.OO. e Servizi.	Rilevazione e produzione dei report trimestrali già definiti per l'individuazione delle scorte di reparto	Alimentazione nel sistema informatico della form della giacenza di reparto	Compilazione delle form entro le scadenze trimestrali indicate dall'UO Acquisizione Beni, Servizi e Logistica					10%		obiettivo raggiunto, come da relazione del dott. Marinelli		obiettivo raggiunto
	Miglioramento della continuità assistenziale di comparto	Revisione (entro giugno) per Applicazione procedura "Un amico al tuo fianco" mirata sulla fipologia appropriata dei pazienti	Compilazione schede di formazione del caregiver	vedi indicatore					10%		obiettivo raggiunto, come da relazione del dott. Marinelli		obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Rilevazione degli aspetti di carattere assistenziale relativi alla valutazione multidimensionale geriatrica.	Compilazione attraverso sistema informatico/cartaceo dei bisogni assistenziali di riferimento per la valutazione multidimensionale	Racolta dati di valutazione multidimensionale di carattere assistenziale per n. 15 pz entro il 31/12/2017					10%		obiettivo raggiunto, come da relazione del dott. Marinelli		obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Individuazione e predisposizione di due modelli di diagnosi infermierstiche, gli obiettivi e gli interventi assistenziali di triferimento	Produzione delle schede di diagnosi infermieristiche di riferimento per l'Unità Operativa.	Presentazione schede entro il 30/06/2017					10%		obiettivo raggiunto, come da relazione del dott. Marinelli		obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e	1						,						ahiativa sa-
	Area IRCCS - Scienza Area IRCCS - Assistenza	Produzione Scientifica	aumento della percentuale dei ricoveri fuori	4 × 19/4 richath al 2016	0	0%	0%	5%		3 ricoveri fuori regione su 153 nel	1,96% ricoveri fuori regione nel 2016,	Non Raggiunto	obiettivo non raggiunt 59
		% ricoveri fuori regione	regione	>1% rispetto al 2016				5%		2016, 5 su 169 nel 2017	2,96% ricoveri fuori regione nel 2017. Obiettivo raggiunto	Raggiunto	raggiunto obiettivo non
Sullunna a innoversio	Area IRCCS - Rete	Studi Clinici	Numero studi clinici	Almeno 1	0	0%	0%	5%				Non Raggiunto	raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e	Scheda di valutazione individuale p	processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%				

R3620800 - SOSD TERAPIE INNOVATIVE NELLA PATOLOGIA CUTANEA	Responsabile : Dr. Morresi Direttore Dipartimento: Dr. Postacchini				BUDGET 2017							
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)		PESO Dirigenz A	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2° ISTANZA
Economico-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci	1.700	942,65	145%	100	10%				obiettivo raggiunto
	Miglioramento risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali	Valore della Produzione da Attività assistenziale /N. teste Medici + Laureati non Medici	45.073	43.312	96,09%	100	15%				obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini	quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	Inlegrazione con il Territorio Progetto "Mi sei Simpatico a Pelle" RIEDIZIONE CHIESTA DALLE SCUOLE		Eventi formativi e informativi nelle scuole XX ambito/distretto AV4	realizzazione incontri con le classi IV elementari nelle scuole del territorio entro il 31/12/2017				15%		Gli incontri si sono tenuti entro il mese maggio 2018 per indisponibilità della scuola elementare ad effettuare gli incontri nel 2017.	Raggiunto	obiettivo non raggiunto
	Informatizzazione area sanitaria	Realizzazione di tutte le azioni necessarie all'attuazione dell'informatizzazione sanitaria dell'Istituto	giornate di	parlecipazione del 100% (operatori e giornate) ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto				5%		Obiettivo raggiunto. Si veda relazione dell'UO Formazione.	Raggiunto	obiettivo raggiunto
	Collaborazione Multidisciplinare con AV "Progetto MICI- UOC Gastroenterologia Fermo"	Integrazione Multidisciplinare AV4 e Territorio, Diffusione Brand INRCA, erogazione e miglioramento attività assistenziali	apertura slot assistenziali sovrannumerari e "prenotazione agevolata" per pazienti affetti da malatilie inflammatorie croniche intestinali inviati da UOC Gastroenterologia AV4 (costituendo centro riferimento regionale)	erogazione di almeno 90 visite specialistiche entro il 31/12/2017				15%		Richiesta nel 2017 l'apertura di slot aggiuntivi per pazienti affetti da MICI e sono state effettuate 80 visite nel 2017.	Obiettivo non raggiunto (apertura sì di 90 slot ma sono stati inviati solo 80 dall'area vasta 4)	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder	Ricerca Scientifica	Progetto STRATOS - PSOMARCHE		Report al 31/12/2017 da inviare alla Direzione Scientifica				15%		Obiettivo non raggiunto	Obiettivo non raggiunto	Obiettivo non raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, rela	zionali e organizzativi						25%				

'R3610600 - SOC NEUROLOGIA/CENTR O ALZHEIMER / STROKE UNIT AN		onsabile : Dr. Pelliccioni Dipartimento: dr. Antonicelli				BUDGET 2017	,						
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGEN ZA	PESO COMPAR TO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2º ISTANZA
Economico-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci	121.317,27	118.682,20	102%	100,00	10%	5%				obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici	177.249,44	116.633,21	134%	100,00	10%	5%				obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale	2.353.603,01	2.281.652,40	97%	100,00	15%					obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini qua	antitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)												raggiunio
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	Modifica del modello organizzativo attualmente presente nella UO con una nuova organizzazione per settori (assistenza modulare).	organizzazione fisica dei settori e del materiale organizzazione del piano di lavoro	Presenza nelle procedure operative del piano di lavoro con le attività assistenziali descritte per settore e per profilo professionale. Inserimento del documento nell'SGQ				4%	5%	documentazione inviata in data 23/12/2017	Obiettivo raggiunto. Si veda procedura allegata		obiettivo raggiunto
	Miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza	Somministrazione terapia nutrizionale secondo criteri di appropriatezza sanibri a le trapeutica. Da realizzare congulnatmente tra le UUCO Nutrizione clinica, Ceriatria, Neurologia, Cardiologia, Clinica medicina Interna, Degenza Post acuzie, Chirurgia, Netrologia	Pazienti deceduti entro 3 gg dall'inizio di NE o NP	Riduzione del 50% del dato 2016 in NP e in NE con osservazione dei pazienti del II Semestre				4%			Si veda relazione inviata dal dott. Orlandoni. Obiettivo raggiunto		obiettivo raggiunto
	Miglioramento della qualtà dell'assistenza e dei processi assistenziali	Adeguamento PDTA regionale ictus alla realtà INRCA: definizione protocoli operativi, tra le UU.OO. di Neurologia, AGU, Diagnostica per Immagini, Nutrizione Clinica, CMI e Medicina riabilitativa per il percorso INRCA definicus nel paziente geriatrico, con participazione del personale comparto.	riconvocazione stoke team (rlunioni settimanali insieme con fisiatra, nutrizionista, fisioterapista, logopedista, eventuale presenza dell'assistente sociale per appropriato piano di cura)	100% runioni settimanali a partire da giugno 2017				4%	5%		Le riunioni dello stroke team si sono svolte regolarmente durante il corso del 2017. Solitamente il team si riuniva i giovedi alle core 9, fermo restando particolari esigenze di reparto el ci di sistività norrenti tati da postipare ello anticipare gli incontri. Sono siste convocate solo le UUO o che erano di retamente interessate alla piantificazione della procedura dell'intere procedura dell'intere procedura procedura procedura procedura procedura procedura p		obietívo raggiunto
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	Messa a punb di protocoli operativo tra le UU.OO. di Neurologia, Chirurgia Anestesia e Rianimazione e Blocco Operatorio per il percorso del paziente candidato alla neuromodulazione sacrate.	Check list dell'appropriatezza del percorso, numero di procedure verbalizzate con le U.O. coinvolte e presentazione di documenti di condivisione del percorso	Presentazione di documenti di condivisione dei percorsi attivati entro il mese di dicembre 2017 con valutazione positiva da parte della Direzione Sanitaria. Inserimento della procedura nell'SGQ				3%	5%		Si allega l'elenco delle procedure attivate nel corso del 2017. Il documento è stato prodotto e inserito nel sistema SGQ in data 22/12/2017.		obietfivo raggiunto
	Informatizzazione area sanitaria	Realizzazione di tutte le azioni necessarie all'attuazione dell'informatizzazione sanitaria dell'istituto	partecipazione ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto	partecipazione del 100% (operatori e giornate) ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto				5%	5%		Obiettivo raggiunto.		obiettivo raggiunto
	Integrazione Inrca \ Aur (Osimo)	modalità definite e concordate (vedi cronoprogramma DMPO)	avvio / prosecuzione delle attività secondo modalità concordate	rispetto del cronoprogramma revisionato nel maggio 2016				5%			Si veda relazione della DMPO.		obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo procedura richieste informatizzate di reparto.	Utilizzo della procedura informatica ed eventuali proposte di miglioramento nel sw	Utilizzo delle RIR per l'approvvigionamento dei beni sanitari e non sanitari	Al 100% entro il30/06/2017					10%		Si veda relazione del dr. Marinelli		obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo relativo alla rilevazione e monitoraggio di giacenze e scorte di UU.OO. e Servizi.	Rilevazione e produzione dei report trimestrali già definiti per l'individuazione delle scorte di reparto	Alimentazione nel sistema informatico della form della giacenza di reparto	Compilazione delle form entro le scadenze trimestrali indicate dall'UO Acquisizione Beni, Servizi e Logistica					10%		Si veda relazione del dr. Marinelli		obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Rilevazione degli aspeti di carattere assistenziale relativi alla valutazione multidimensionale geriatrica.	multidimensionale	Racolta dati di valutazione multidimensionale di carattere assistenziale per n. 15 pz entro il 31/12/2017					15%		Si veda relazione del dr. Marinelli		obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Individuazione e predisposizione di due modelli di diagnosi infermierstiche, gli obiettivi e gli interventi assistenziali di riferimento	Produzione delle schede di diagnosi infermieristiche di riferimento per l'Unità Operativa.	Presentazione schede entro il 30/06/2017					15%		Si veda relazione del dr. Marinelli		obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stake							,						
	Area IRCCS - Scienza	Produzione Scientifica	IFM	5,00	3	60%	0%	5%			0,60%		obiettivo non raggiunto
	Area IRCCS - Assistenza	% ricoveri fuori regione	aumento della percentuale dei ricoveri fuori regione	>1% rispetto al 2016				5%			L'obietivo è da ritenere non valutabile in quamb la DMPO, nel corso del 2017, ha stabilito per lunghi periodi, il blocco dei ricoveri programmati a causa della necessità di posti letto disponoibili per l'AGU		obietivo non valutabile
	Area IRCCS - Rete	Studi Clinici	Aumento studi dinici	>1 rispetto al 2016	2 studi clinici approvati nel 2016 vs 3 nel 2017			5%			Obiettivo raggiunto		obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produtti	vi, relazionali e organizzatvi		•				25%	20%				

R3611100 - SOC NEFROLOGIA E DIALISI AN	Diret	Responsabile : Dr. Bordoni ttore Dipartimento: dr. Antonicelli		BUDG	GET 2017								
SETTORE	овієттічо	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBJETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2° ISTANZA
Economico-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci	210.000,00	219.478,92	95%	100	10%	5%				obietivo raggiunto
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici	315.161,22	300.066,36	105%	100	10%	5%				obietivo raggiunto
	Risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale	2.267.299,76	2.209.835,17	97%	100	15%					obietivo
Processi interni (in term	ini quantitativi, di efficienza, appropri	latezza e qualità)											raggiunto
	Miglioramento appropriatezza	ottimizzazione esami laboritoristici pz. Dializzati	Riduzione 20% esami di routine per ogni pazienti dializzato rispetto alla media/pz. Del 2016	vedi indicatore				3%			Obiettivo raggiunto. si veda relazione allegata		obietivo raggiunto
	Miglioramento ed aggiornamento dello standard qualitativo ed assistenziale nel paziente emodializzato	Riunione trimestrale del Personale Medico ed Infermieristico e produzioni di tre diverse brochure	dell'ingresso dell'utente in pre-dialisi, dialisiextracorporea	Numero 3 elaborazione di brochure per migliorare la qualità dell'ingresso del paziente in pre-dialisi, in dialisi extracorporea e dialisi peritoneale entro il 31/12/2017				3%	5%		Obiettivo raggiunto. si veda relazione allegata		obietivo raggiunto
	Visita per valutazione ambiente domiciliare del paziente con IRC terminale candidato alla Dialisi peritoneale.	Accurata rilevazione delle inadeguatezze degliambienti del domicilio del paziente.	Visile effettuate ai pazienti	100% di visite ai pazienti in dialisi				3%	5%		Obiettivo raggiunto. si veda relazione allegata		obietivo raggiunto
	Valutazione Fisbla antero venosa critica con Ecografo.	studio del patrimonio venoso prima del confezionamento della Fistola Artero Venosa (FAV). Sorveglianza della FAV in corso di maturazione. Venipunture ecoguidate per FAV complesse.	100% di realizzazione nei casì previsti	vedi indicatore				3%	5%		Obiettivo non valutabile dal momento che non è stato acquistato l'ecografo necessario al raggiungimento dell'obiettivo		obietivo non valutabile
	Miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza	Somministrazione terapia nutrizionale secondo criteri di appropriatezza sanitaria e terapeutica. Da realizzare congiuntamente tra le UUOO Nutrizione clinica, Geriatria, Neurologia, Cardiologia, Clinica medicina Interna, Degenza Post auuzie, Chirurgia, Netrologia	Pazient decedut entro 3 gg dall'inizio di NE o NP	Riduzione del 50% del dato 2016 in NP e in NE con osservazione del pazienti del II Semestre				3%			Obiettivo raggiunto. Per la nostra quota non abbiamo somministrato alcuna terapia nutrizionale		obietivo raggiunto
	Informatizzazione area sanitaria	Realizzazione di tutte le azioni necessarie all'attuazione dell'informatizzazione sanitaria dell'istituto	partecipazione ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto	partecipazione del 100% (operatori e giornate) ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto				5%	5%		Obiettivo raggiunto. si veda relazione allegata		obietivo raggiunto
	Integrazione Inroa \ Aur (Osimo)	Attuazione del progetto di integrazione interaziendale secondo protocolli e modalità definite e concordate (vedi cronoprogramma DMPO)		rispetto del cronoprogramma revisionato nel maggio 2016 con bileranza max. di 30 giorni di ritardo				5%			Obiettivo raggiunto. Sono state eseguire 55 visite per pz provenienti da Osimo. Sono state poi efetuate due consulenze presso il presidio di osimo.		obietivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo procedura richieste informatizzate di reparto.	Utilizzo della procedura informatica ed eventuali proposte di miglioramento nel sw	Ufilizzo delle RIR per l'approvvigionamento dei beni sanitari e non sanitari	Al 100% entro il30/06/2017					10%		Si veda relazione		obietivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo relativo alla rilevazione e monitoraggio di giacenze e scorte di UU.OO. e Servizi.	Rillevazione e produzione dei report trimestrali già definiti per l'individuazione delle scorte di reparto	Alimentazione nel sistema informatico della form della giacenza di reparto	Compilazione delle form entro le scadenze trimestrali indicate dall'UO Acquisizione Beni, Servizi e Logistica					10%		Si veda relazione		obietivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Rilevazione degli aspetti di carattere assistenziale relativi alla valutazione multidimensionale geriatrica.	muitaimensionale	Racolta dati di valutazione multidimensionale di carattere assistenziale per n. pz entro il 31/12/2017					15%		Si veda relazione		obietivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Individuazione e predisposizione di due modelli di diagnosi infermierstiche, gli obiettivi e gli interventi assistenziali di riferimento	Produzione delle schede di diagnosi infermieristiche di riferimento per l'Unità Operativa.	Presentazione schede entro il 30/06/2017					15%		Si veda relazione		obietivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e		garante garante and annual and intrinsicular											35
	Area IRCCS - Scienza	Produzione Scientifica	IFM	Sottomissione di un articolo su rivista con IF	sottomissione artícolo CON IFn 6			5%			Obiettivo raggiunto		obietivo raggiunto
	Area IRCCS - Assistenza	Progetti di ricerca	Approvazione di progetti di ricerca	Approvazione di almeno un progetto di ricerca, come coordinatore o partner, entro il 31/12/2017				5%			Si veda relazione allegata.		obietivo raggiunto
	Area IRCCS - Rete	Studi Clinici	Aumento studi clinici	>1 rispetto al 2016				5%			Obiettivo raggiunto. si veda relazione allegata		obietivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale p	orocessi produttvi, relazionali e organizzativi						25%	20%				

R2410200 - SOC CENTRO RICERCA TRASLAZIONALE NUTRIZIONE E INVECCHIAMENTO	Responsabile : Dr. Provinciali Direttore Dipartimento:				BUDGET 2017						
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	PESO Dirigenz A	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZION E 2º ISTANZA
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Area scientifica	Invio articoli a riviste con IF	Almeno 1 articolo accettato da una rivista con IF	vedi indicatore			75%	80%		Costarelli L, Giacconi R, Malavolta M, Basso A, Piacenza F, Provinciali M, Maggio MG, Corsonello A, Latanzio F. Different transcriptional profiling between senescent and non-senescent human coronary artery endothelial cals (HCAECs) by Omeprazole and Lansoprazole treatment Biogeronblogy. 2017 Apr.18(2):217-236. doi: 10.1007/s10522-016-9675-3. Epub 2016 Dec 30.	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder											
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazio	one individuale processi	i produtivi, relazionali e organ	izzativi			25%	20%			

'R2410300 - SOC CENTRO NEUROLOGIA DELL'INVECCHIAMENTO AN	Responsabile : Pr Direttore Dipartimento:						BUDGET 2017						
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2° ISTANZA
Economico-finanziario			Presentazione progetti per ottenimento di finanziamenti	100.000,00	0,00	0,00	0	15%			si veda allegato 1		obiettivo non raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, d	li efficienza, appropriatezza e qualità)												
	Attività di sperimentazione	Prosecuzione studio sulle alterazioni della plasticità nell'aging	Produzione di risultati	Sottomissione manoscritto				10%	20%		si veda allegato 2		obiettivo raggiunto
	Attività assistenziale	Dosaggi liquorali di beta-amiloide, tau totale e fosfo-tau su pazienti con demenza	Esami svolti su totale campioni ricevuti	100%				10%	30%		si veda allegato 3		obiettivo raggiunto
		Valutazione del modello murino a livello biochimico, istologico e comportamentale	Produzione di risultati	Presentazione report 30/11/17				10%	30%	report inviato in data 27/12/2017	si veda allegato 4		obiettivo non raggiunto
	Produzione scientifica	Invio articoli a riviste con IF	IF	40,00	33,00	83%	83	15%					obiettivo parzialmente raggiunto all'83%
	RETE INRCA-IRCCS	Collaborazione con altri centri di ricerca nazionali e/o internazionali	Accordo di collaborazione	Attivazione di collaborazioni				15%			si veda allegato 6		obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder													
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produ	ttvi, relazionali e organizzativi						25%	20%				

UTIO/TELECAD						BUDGET 2017							
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1°	VALUTAZION E 2º ISTANZA
Economico- finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci	105.079	95.057,32	110%		10%	5%				obiettivo raggiunto
and Edito	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici	535.586	513.477	104%	100	10%	5%				obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale	3.823.861	3.739.684	98%	100	15%					obiettivo
Processi interni (in tei	I rmini quantitativi, di efficienza, approp												raggiunto
	Miglioramento qualita' ed appropriatezza della scintgrata miocardica di perfusione (GATED SPECT)	Predisposizione di un documento condiviso con la UOSD di Mediona Nucleare, relativo alla corretta applicazione dei crateri di appropriatezza della Scritignata miccardica di persissone (CATES PSCT) con il duplici risultato di evitare sudi riappropriati edi amori più di ficializzare pablogie dove, al contrario, l'informazione ottenibile con iraggii funzionate medior-audieare è indispensabile per il work-up del paziente anziano.	Predisposizione del proboolo condiviso con UO Cardologia	Predisposizione e validazione del protocollo da parte della DMPO entro il 31/12/2017				4%			Il documento è stato inviato dalla dottssa Fornarelli al Cogest in data 31/12/2017	obietívo raggiunto	obietívo raggiunto
	Miglioramento e standardizzazione nella gestione del paziente con scompenso	Definizione percorso per pazient con scompenso cardiaco integrato tra Cardiologia, Geriatria/AGU, CMI, DPA, Riabilitazione e Riabilitazione Cardiologica (comprendendo anche i criteri di accesso a ricovero nelle varie UUOOCC)	Stesura dell'algoritmo diagnostico terapeutico del PDTA indicato in azione e invio alla DMPO	Entro il 31/12/2017				4%			Il documento è stato inviato al cogestin data 02/01/2018	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza	Somministrazione terapia nutrizionale secondo criteri di appropriatezza sanitaria e terapeutica. Da realizzare congiuntamente tra le UUOO Nutrizione clinica, Geriatria, Neurologia, Cardiologia, Clinica medicina Interna, Degenza Post acuzie, Chirurgia, Nefrologia	Pazienti deceduti entro 3 gg dall'inizio di NE o NP	Riduzione del 50% del dato 2016 in NP e in NE con osservazione dei pazienti del II Semestre				3%			L'obiettivo è stato raggiunto come da attestazione del dott. Orlandoni.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Integrazione intraziendale	Integrazione con il Por di Casatenovo al fine di garantire sia attività di taletandicina che supporto all'UOSD Cardiologia di casatenovo	Implementazione dell'attività di telemedicina	Integrazione Telemedicina entro 30 settembre				4%			A bil fine era previsib un sistema di Tele refertazione tra il Presidio INRCA di Casatenovo e il Call Center di Telemedicina dell'INRCA di Anona. Su di questo punto i precisa che i personate del Centro di Telemedicina la gila da tempo appresibito emesso in opera l'intero sistema di telemedicina la gila da tempo appresibito emesso in opera l'intero sistema di telemedicina (al moment Analogico) come testimonia bid al comunemb precedelmenne fibrimito di Responsable di Presidio di Casatenovo dott. Monthi lis scorso anno. Il sistema di rimasto parentivo e di e attainemb ad disposizione dei collegiti di Casatenovo. Da un punto di vista pratos sono emersi pero del problemi riguardo la tempista della referiza dei professionisti di Casatenovo e il sistema organizzativo del Call Center di Ancona. Sul pieno pratos il Collegti di Casatenovo chendevano di carredi centeri entra la prima parte della maffariata, mentre (portirà come nobi I Call Center non dispone di Cardiologi delical), la nostra possobilità di refertare i tele traccia ECG de prevista in coda il altavità situziona di parte dei cardiologi del el nostra U.O. Alla luce della noto carenza di personale già questo richiede un grosso storze o me persosable sottema personale all'assistema della corriologia di Ancona (al momento molta dell'attivi di micia ambulatriale el di coro sia sivogle la matta), pertenti pue sessendo il sistema ativo ed operativo il numero delle chiametà e siste esigue. Il prevista possosi di sistema di personale o non si piotizza il arruolamento di personale di personale o non si piotizza il arruolamento di personale di personale di personale o non si piotizza il arruolamento di personale di personale o non si piotizza il arruolamento di personale di della cone organica.	a obietivo non valutabile dal momento per questioni tecniche, pur disponible, il sistema non risponde ad esigenze operative.	
	Informatizzazione area sanitaria	Realizzazione di tutte le azioni necessarie all'attuazione dell'informatizzazione sanitaria dell'Istituto	partecipazione ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto	partecipazione del 100% (operatori e giornate) ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto				5%	20%		Obietivo raggiunto.	Obiettivo raggiunto.	obiettivo raggiunto
	Integrazione Inrca \ Aur (Osimo)	Attuazione del progetto di integrazione interaziendale secondo protocolli e modalità definite e concordate (vedi cronoprogramma DMPO)	avvio / prosecuzione delle attività secondo modalità concordate	rispetto del cronoprogramma revisionato nell'aprile 2017				5%			L'obiettivo è stato raggiunto, come attestato dalla DMPO.	Obiettivo raggiunto.	obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo procedura richieste informatizzate di reparto. Miglioramento organizzativo relativo	Utilizzo della procedura informatica ed eventuali proposte di miglioramento nel sw	Ufilizzo delle RIR per l'approvvigionamento dei beni sanitari e non sanitari	Al 100% entro il 30/06/2017					10%		Si veda relazione del dolt. Marinelli	Obiettivo raggiunto.	obiettivo raggiunto
	alla rilevazione e monitoraggio di giacenze e scorte di UU.OO. e Servizi.	Rilevazione e produzione dei report trimestrali già definiti per l'individuazione delle scorte di reparto	Alimentazione nel sistema informatico della form della giacenza di reparto	Compilazione delle form entro le scadenze trimestrali indicate dall'UO Acquisizione Beni, Servizi e Logistica					10%		Si veda relazione del dott. Marinelli	Obiettivo raggiunto.	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Rilevazione degli aspetti di carattere assistenziale relativi alla valutazione multidimensionale geriatrica.	Compilazione attraverso sistema informatico/cartaceo dei bisogni assistenziali di riferimento per la valutazione multidimensionale	Raccolta dati di valutazione multidimensionale di carattere assistenziale per n. 20 pz entro il 31/12/2017					15%		Si veda relazione del dolt. Marinelli	Obiettivo raggiunto.	obiettivo raggiunto
		Individuazione e predisposizione di due modelli di diagnosi infermierstiche, gli obiettivi e gli interventi assistenziali di riferimento	Produzione delle schede di diagnosi infermieristiche d riferimento per l'Unità Operativa.	Presentazione schede entro il 30/06/2017					15%		Si veda relazione del dott. Marinelli	Obiettivo raggiunto.	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenz	a e stakeholder Area IRCCS - Scienza	Produzione Scientifica	IFM	20	27			5%			Obietivo raggiunto		obietívo
	Area IRCCS - Assistenza	Progeti di ricerca	Stesura di progeti di ricerca	Presentazione di almeno un progetto di ricerca, come coordinatore o partner, entro il 31/12/2017				5%			A gennaio 2017 è stato presentato il progetto PRINT-AGE che è stata finanziato dalla Regione Marche ed approvato con determina 7/AMMRICI 2017.		raggiunto obiettiv 65 raggiunto
					4 studi approvati nel 2016, 5								obietívo
	Area IRCCS - Rete	Studi Clinici	Aumento studi clinici	>1 rispetto al 2016	nel 2017			5%					raggiunto

Sviluppo e innovazion Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi

'R3610900 - SOC MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA AN

Responsabile : Dr. Boemi Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli

DIABETOLOGIA AN													
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE		PESO COMPA RTO	OTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2° ISTANZA
Economico-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci	4.300	4.361,48	99%	100	10%	5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici	69.168,00	52.078,82	125%	100	10%	5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale	1095387,77	947401,89	86%	86	15%				obiettivo parzialmente raggiunto all'86%	obiettivo parzialmente raggiunto all'86%
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Aumentare l'appropriatezza delle cure	Incrementare fatività di screening e diagnosi delle complicanze	Numero di esami per screening/diagnosi di etinopate e neuropata e vasculopata	aumentb 5% su base annua rispetto ai valori 2016 (Fonte report Mystar)				4%			Obiettivo non valutabile dal momento che il raggiungimento dell'obiettivo era possibile solo con l'acquisizione di un apparecchio per test sistema nervoso per valutazione SNA e indice ABI.	obietlivo non valutabile	obietivo non valutabile
	Integrazione con altre unità del dipartimento	Effettuazione eletrocardiogrammi con lettura in telemedicina all' interno dell' unità in accordo con UO Cardiologia	Costituzione liste di attesa per pazienti CAD	Effettuazione di 130 elettrocardiogrammi a partire da maggio 2017				3%			Sono stati effettuati 430 elettrocardiogrammi. Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Azioni tese al miglioramento della situazione relativo ai soggetti in autocontrollo glicemico (dato attuale 30,44%)	Incremento soggetti in autocontrollo glicemico	35%				4%			1254 nel 2016 , 1866 nel 2017. Dato riscontrabile dai registri di reparto. Obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Azioni tese al miglioramento della situazione relativa ai soggetti con almeno una misurazione della pressione arteriosa (dato attuale 28%)	Incremento soggetti con almeno una misurazione della pressione arteriosa	45%				4%			3774 nel 2016, 4195 nel 2017. Dato riscontrabile dai registri di reparto.	obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto
	Informatizzazione area sanitaria	Realizzazione di tutte le azioni necessarie all'attuazione dell'informatizzazione sanitaria dell'Istituto	partecipazione ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto	partecipazione del 100% (operatori e giornate) ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto				5%	5%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Integrazione Inrca \ Aur (Osimo)	Attuazione del progetto di integrazione interaziendale secondo protocolli e modalità definite e concordate (vedi cronoprogramma DMPO)	avvio / prosecuzione delle attività secondo modalità concordate	rispetto del cronoprogramma revisionato nell'aprile 2017				5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo procedura richieste informatizzate di reparto.	Utilizzo della procedura informatica ed eventuali proposte di miglioramento nel sw	Utilizzo delle RIR per l'approvvigionamento dei beni sanitari e non sanitari	Al 100% entro il30/06/2017					10%		si veda relazione dott. Marinelli.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo relativo alla rilevazione e monitoraggio di giacenze e scorte di UU.OO. e Servizi.	Rilevazione e produzione dei report rimestrali già definiti per l'individuazione delle scorte di reparto	Alimentazione nel sistema informatico della form della giacenza di reparto	Compilazione delle form entro le scadenze trimestrali indicate dall'UO Acquisizione Beni, Servizi e Logistica					10%		si veda relazione dott. Marinelli.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Rilevazione degli aspeti di carattere assistenziale relativi alla valutazione multidimensionale geriatrica.	Compilazione altraverso sistema informatico/cartaceo dei bisogni assistenziali di riferimento per la valutazione multidimensionale	Raccolta dati di valutazione multidimensionale di carattere assistenziale per n. 150 pz entro il 31/12/2017					15%		si veda relazione dott. Marinelli.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Individuazione e predisposizione di due modelli di diagnosi infermierstiche, gli obiettivi e gli interventi assistenziali di riferimento	Produzione delle schede di diagnosi infermieristiche di riferimento per l'Unità Operativa.	Presentazione schede entro il 30/06/2017					15%		si veda relazione dot. Marinelli.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder										_			
	Area IRCCS - Scienza	Produzione Scientifica	IFM	25	30	120%	100	5%					
	Area IRCCS - Assistenza	Progeti di ricerca	Collaborazione con Direzione Scientifica per lo svolgimento dei progetti attivi (GOOD, Sprint-T) in termini di reclutamento pazienti e definizionre dei contenuti scientifici	relazione approvata dal direttore scientifico				5%			Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Area IRCCS - Rete	Studi Clinici	Aumento studi clinici	>1 rispetto al 2016	4 studi clinici presentati nel 2016 vs 3 presentati nel 2017			5%			Si veda relazione allegata	obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale proce	ssi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%				

'R3611800 - SOC GERIATRIA E ACCETTAZIONE GERIATRICA D'URGENZA AN		Responsabile : Dr. Cherubini Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli				BUDGET 2017	% LIVELLO DI			1			
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2º ISTANZA
Economico-finanziario													
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci	166.709,57	200.525,26	80%	8	0 10%	5%				obiettivo parzialment e raggiutno all'80%
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici	247.132,84	220.159,41	111%	10	0 10%	5%				obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale	3.278.299	2.943.181,96	90%	g	0 15%	5				obiettivo parzialment e raggiutno all'90%
Processi interni (in termini	quantitativi, di efficienza, app	ropriatezza e qualità)											
	Attivazione percorso	messa a punto di protocolli con la UOC chirurgia ed anestesia, Urologia, Nutrizione Clinica,	stesura protocollo entro 31/12	vedi indicatore				3%	5%	documentazione	vedi allegato 1		obietívo
	chirugico geriatrico	Piede Diabetico	'	Toda maladabi o				0,1		inviata in data 31/12	*		raggiunto
	Attivazione percorso Sepsi	Definizione del PDTA per la Sepsi con UO Farmacia, CMI, Anestesia e Rianimazione e collaborazione dell'infettivolgo	Stesura dell'algoritmo diagnostico terapeutico del PDTA indicato in azione e invio alla DMPO	vedi indicatore				3%	<u>- </u>	documentazione inviata in data 31/12	fare riferimento a quanto inviato dal dr. Giordano		obiettivo raggiunto
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	Adeguamento PDTA regionale ictus alla realtà INRCA: definizione protocolli operativi, tra le UU.O.O. di Neurologia, AGU, Diagnostica per immagini, Nutrizione Clinica, CMI e Medicina riabilitàva per il percorso INRCA dell'ictus nel paziente geriatrico, con partiscipazione del personale comparto.	riconvocazione stoke team (runioni settimanali insieme con tsiatra, nutrizionista, fisioterapista, logopedista, eventuale presenza dell'assistente sociale per appropriato piano di cura)	100% riunioni settimanali a partire da giugno 2017				3%	10%		fare riferimento a quanto inviato dal dr. Pelliccioni		obiettivo non valutabile
	Miglioramento e standardizzazione nella gestione del paziente con scompenso	Definizione percorso per pazient con scompenso cardiaco inlegrato tra Cardiologia, Gerataria/GU, CMI, DPA, Riabilitazione e Rabilitazione Cardiologica (comprendendo anche i criteri di accesso a ricovero nelle varie UUOOCC)	Stesura dell'algoritmo diagnostico terapeutico del PDTA indicato in azione e invio alla DMPO	Entro il 31/12/2017				3%	5		fare riferimento a quanto inviato dal dr. Antonicelli		obiettivo raggiunto
	Miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza	Somministazione terapia nutrizionale secondo criteri di appropriatezza sanitaria e terapeutica. De realizzare congiuntamente tra le UIUCO Nutrizione clinica, Geriatria, Neurologia, Cardiologia, Clinica medicina Interna, Degenza Postacuzie, Chirurgia, Netrologia	Pazienti deceduti entro 3 gg dall'inizio di NE o NP	Riduzione del 50% del dato 2016 in NP e in NE con osservazione dei pazienti del II Semestre				3%	5		fare riferimento alla relazione dr. Orlandoni		obiettivo raggiunto
	Informatizzazione area sanitaria	Realizzazione di lutte le azioni necessarie all'altuazione dell'informatizzazione sanitaria dell'istituto	partecipazione ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto	partecipazione del 100% (operatori e giornate) ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento pro mossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto				5%	5 5%		Obietlivo raggiunto		obiettivo raggiunto
	Integrazione Inrca \ Aur (Osimo)	Attuazione del progetto di integrazione interaziendale secondo protocolli e modalità definite e concordate (vedi cronoprogramma DMPO)	avvio / prosecuzione delle attività secondo modalità concordate	rispetto del cronoprogramma revisionato nell'aprile 2017				5%	5		non era prevista la partecipazione della UOC Geriatria nel cronoprogramma		obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo procedura richieste informatizzate di reparto.	Utilizzo della procedura informatica ed eventuali proposte di miglioramento nel sw	Utilizzo delle RIR per l'approvvigionamento dei beni sanitari e non sanitari	Al 100% entro il30/06/2017					10%		Si veda relazione dott. Marinelli		obietívo raggiunto
	Miglioramento organizzativo relativo alla rilevazione e monitoraggio di giacenze e scorte di UU.OO. e Servizi.	Rilevazione e produzione dei report trimestrati già definiti per l'individuazione delle scorte di reparto	Alimentazione nel sistema informatico della form della giacenza di reparto	Compilazione delle form entro le scadenze trimestrali indicate dall'UO Acquisizione Beni, Servizi e Logistica					10%		Si veda relazione dott. Marinelli		obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Rilevazione degli aspetti di carattere assistenziale relativi alla valutazione multidimensionale geriatrica.	Compilazione attraverso sistema informatico/cartaceo dei bisogni assistenziali di riferimento per la valutazione multidimensionale	Racolta dati di valutazione multidimensionale di carattere assistenziale per n. 15 pz entro il 31/12/2017					15%		Si veda relazione dott. Marinelli		obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità	Individuazione e predisposizione di due modelli di diagnosi infermierstiche, gli obiettivi e gli	Produzione delle schede di diagnosi infermieristiche di riferimento per l'Unità Operativa.	Presentazione schede entro il					15%		Si veda relazione dott. Marinelli		obietívo
Prospettiva dell'utenza e st	dell'assistenza	interventi assistenziali di riferimento		30/06/2017					-	+	raggiunto		raggiunto
	Area IRCCS - Scienza	Produzione Scientifica	IFM	70	114	163%	10	0 5%	5		è stato presentato come partner un progetto europeo (Retreat frail, proposal number 755199-2 all'interno della call H2020-SC1-2017-Two-Stage RTD). Vedi allegato 2		obiettivo raggiunto
	Area IRCCS - Assistenza	Progeti di ricerca	Stesura di progetti di ricerca	Presentazione di almeno un progetto di ricerca, come ccordinatore o partner, entro il 31/12/2017				5%			Presentato alla cal H2020-SC1-2016- 2017 il progetto europeo Retreat Frail		obiettivo raggiunto
	Area IRCCS - Rete	Studi Clinici	Aumento studi clinici	>1 rispetto al 2016				5%	5		Studio "4AT-D delirium" approvato dal CE INRCA in data 5 ottobre 2017. Vedi allegato 3		obiettivo non raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione indivi	iduale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%				

'R3613100 - SOSD NUTRIZIONE CLINICA AN	Responsabile : Dr. Orland Direttore Dipartimento: di			ви	DGET 2017								
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBJETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)		PESO DIRIGENZA	PESO COMPART O	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2º ISTANZA
Economico-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci	40.000,00	62.199,81	45%		5%	5%			obiettivo non	obiettivo non raggiunto
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici	454.800,00	418.319,78	108%	100	10%	5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale	2.612.793,48	2.865.301,39	110%	100	15%				obiettivo raggiunto	obiettivo
Processi interni (in tern	l mini quantitativi, di efficienza, appro	poriatezza e qualità)	assistenziale										raggiunto
	Miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza	Somministrazione terapia nutrizionale secondo criteri di approprialezza sanitaria e terapeutica. Ba realizzare congiuntamente tra le UUOO Nutrizione clinica, Geriatria, Neurologia, Cardiologia, Clinica medicina Interna, Degenza Post acuzie, Chirurgia, Netfologia	Pazienti deceduti entro 3 gg dall'inizio di NE o NP	Riduzione del 50% del dato 2016 in NP e in NE con osservazione dei pazienti del II Semestre				4%			obietívo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Attivazione percorso chirugico geriatrico	messa a punto di protocolli con le UOC Geriatria, chirurgia, Anestesia, Urologia, Piede Diabelico	stesura protocollo entro 31/12	vedi indicatore				3%			vedi relazione inviata dal prof. Cherubini in data 31/12/2017	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	consulenze c/o UO Presidi Marche	esecuzione consulenze	Risposta entro 48 h dalla richiesta	75% dei casi				4%			obietfivo raggiunto. Si veda dcoumentazione allegata	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	consulenze c/o Residenza dorica	esecuzione consulenze	vedi azione	100% dei casi				4%			obietfivo raggiunto. Si veda dcoumentazione allegata	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	Adeguamento PDTA regionale ictus alla realtà INRCA: definizione protocolli operativi, tra la UU.OO. di Neurologia, AGU, Diagnostica per Immagini, Nutrizione Clinica, CMI e Medicina riabilitàva per il percoso INRCA dell'ictus nel paziente geriatrico, con partecipazione del personale comparto.	riconvocazione stroke team (riunioni settimanali insieme con fisiatra, nutrizionista, fisioterapista, logopedista, eventuale presenza dell'assistente sociale per appropriato piano di cura)	75% riunioni setimanali a partire da giugno 2017	27 su 31	87%	100	5%	10%		obiettivo raggiunto. Si veda dcoumentazione allegata	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Informatizzazione area sanitaria	Realizzazione di tute le azioni necessarie all'attuazione dell'informatizzazione sanitaria dell'isturb	partecipazione ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto	partecipazione del 100% (operatori e giornate) ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto				10%	10%		obiettivo raggiunto	obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo procedura richieste informatizzate di reparto.	Uffizzo della procedura informatica ed eventuali proposte di miglioramento nel sw	Ufilizzo delle RIR per l'approvvigionamento dei beni sanitari e non sanitari	Al 100% entro il 30/06/2017					10%		si veda relazione dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo relativo alla rilevazione e monitoraggio di giacenze e scorte di UU.OO. e Servizi.	Rilevazione e produzione dei report trimestrali già definiti per l'individuazione delle scorte di reparto	Alimentazione nel sistema informatico della form della giacenza di reparto	Compilazione delle form entro le scadenze trimestrali indicate dall'UO Acquisizione Beni, Servizi e Logistica					10%		si veda relazione dott. Marinelli	obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Rilevazione degli aspetti di carattere assistenziale relativi alla valutazione multidimensionale geriatrica.	di riferimento per la valutazione multidimensionale	Racolta dati di valutazione multidimensionale di carattere assistenziale per n. 10 pz entro il 31/12/2017					15%		si veda relazione dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Individuazione e predisposizione di un modello di diagnosi infermierstiche, gli obiettivi e gli inferventi assistenziali di riferimento	Produzione delle schede di diagnosi infermieristiche di riferimento per l'Unità Operativa.	Presentazione schede entro il 30/06/2017					15%		si veda relazione dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza	e stakeholder												abiati a
	Area IRCCS - Scienza	Produzione Scientifica	IFM	4	6	150%	100,0	5%				obiettivo raggiunto	raggiunio
	Area IRCCS - Assistenza	Progeti di ricerca	Stesura di progetti di ricerca	Presentazione di almeno un progetto di ricerca, come coordinatore o partner, entro il 31/12/2017				5%			Si veda documentazione allegata	obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto
	Area IRCCS - Rete	Studi Clinici	Aumento studi clinici	>1 rispetto al 2016	0	0%		5%				obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale	processi produttvi, relazionali e organizzativi					25%	20%			JJ	35	

'103611004 - U.O.S.D di degenza POST-ACUZIE	Responsabile : Dr. Guid				BUD	GET 2017							
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGE NZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci	67.500	87.150,88	71%	71	10%	5%			obiettivo parzialmente raggiunto	obietivo parzialmente raggiunto
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici	56.603	55.636	102%	100	10%	5%			obiettivo raggiunto	obietivo raggiunto
	Risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale	901.550,00	879.771,20	98%	100	15%				obiettivo raggiunto	obietivo raggiunto
Processi interni (in termini quan	ıtitativi, di efficienza, appropriate	zza e qualità) T											
	Miglioramento e standardizzazione nella gestione del paziente con scompenso	Definizione percorso per pazienti con scompenso cardiaco integrato ta Cardiologia, Geriatria/ACU, CMI, DPA, Riabilitazione e Riabilitazione Cardiologica (comprendendo anche i criteri di accesso a ricovero nelle varie UUC	Slesura dell'algoritmo diagnostico terapeutico del PDTA indicato in azione e invio alla DMPO	Entro il 31/12/2017				4%			Il documento è statoo inviato dal dott. Antonicelli in data 02/01/2018	obiettivo raggiunto	obietivo raggiunto
	Miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza	Somministrazione terapia nutrizionale secondo criteri di appropriatezza sanitaria e terapeutica. Da realizzare congluntamente tra le UUOO Nutrizione clinica, Geriatria, Neurologia, Cardiologia, Clinica medicina Interna, Degenza Post acuzie, Chirurgia, Netrologia	Pazienti deceduti entro 3 gg dall'inizio di NE o NP	Riduzione del 50% del dato 2016 in NP e in NE con osservazione dei pazienti del II Semestre				4%			La documentazione è stata inviata dal dott. Orlandoni. Si allega	obiettivo raggiunto	obietivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo per il processo interno 'gestione delle richieste di ricovero provenienti dalle UO per acul' basato su criteri di eficienza, appropriatezza e qualità	Implementazione della procedura relativa alla corretta gestione delle richiesta di ricovero dalle UO per acuti, dopo condivisione con la DMP e le UU.CO. interessate	1) numero dei ricoveri appropriati sul totale dei pazienti ricoverati 2) numero delle visite prericovero sul totale dei ricoveri effettuati; 3) numero delle richieste inappropriate sul totale delle richieste complate. 4) numero dei pazienti non elegibile al momento delal visita di prericovero sul totale delle richieste di ricovero.					3%	394		A fine 2016 il documento era sisto invisto dalla UO alla DMPO e ad oggi si ancora in attesa di validazione. In mancanza di ciò, non si è potuto procedere all'implementazione delle azioni previste dall'indicatore, pertanto si ritiene l'obiettivo non valutabile.	Si conferma la non valutabilità dell'obiettivo.	obietivo non raggiunto
	Analisi dinico-assistanziale "batteriuria nel grande anziano portatore di CV (catetare vesociale) a dimora". Raccolla dali rallivi a tuli i soggetti portatori di CV adimora all'ingresso in UO.		numero dei soggetti con CV a dimora all'ingresso sul biale de soggetti ricoverat; 2) numero di batteriurie con urinocoltura positiva sul biale dei soggetti ricoverati; 3) numero dei soggetti con presenza urinocoltura con identificazione di germi "multiresitenti" sul biale delle urinocoltura positive.	Elaborazione dei dali raccolti e confronto con la Letteratura.				4%	4%		L'obirtivo è raggiunto. Si allega relazione sui dati raccolti.	obiettivo raggiunto	obietivo non raggiunto
	Informatizzazione area sanitaria	Realizzazione di lutte le azioni necessarie all'attuazione dell'informatizzazione sanitaria dell'istituto	partecipazione ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto	partecipazione del 100% (operatori e giornate) ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto				5%	3%		Obiettivo raggiunto.	obiettivo raggiunto	obietivo raggiunto
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	Adeguamento PDTA regionale ictus alla realtà INRCA: definizione protocolli operativi, tra le UU.O.O. di Neurologia, AGU, Diagnostca per Immagini, Nutrizione Clinica, CMI e Medicina riabilitativa per il percorso INRCA dell'ictus nel paziente geriatrico, con partecipazione del personale comparto.	riconvocazione stroke team (riunioni settimanali insieme con fisiatra, nutrizionista, fisioterapista, logopedista, eventuale presenza dell'assistente sociale per appropriato piano di cura)	100% riunioni settimanali a partire da giugno 2017				5%	3%		Il responsaile dell'UO ha partecipato all'incontro in data 10/11/2017 come da verbale allegato	obiettivo raggiunto	obietivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo procedura richieste informatizzate di reparto.	Utilizzo della procedura informatica ed eventuali proposte di miglioramento nel sw	Utilizzo delle RIR per l'approvvigionamento dei beni sanitari e non sanitari	Al 100% entro il30/06/2017					10%		Obiettivo raggiunto. Si veda relazione dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo relativo alla rilevazione e monitoraggio di giacenze e scorte di UU.OO. e Servizi.	Rilevazione e produzione dei report trimestrali già definiti per l'individuazione delle scorte di reparto	Alimentazione nel sistema informatico della form della giacenza di reparto	Compilazione delle form entro le scadenze trimestrali indicate dall'UO Acquisizione Beni, Servizi e Logistica					10%	ı	Obiettivo raggiunto. Si veda relazione dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Rilevazione degli aspetti di carattere assistenziale relativi alla valutazione multidimensionale geriatrica.	Compilazione attraverso sistema informatico/cartaceo dei bisogni assistenziali di riferimento per la valutazione multidimensionale	Racolta dati di valutazione multidimensionale di carattere assistenziale per n. 15 pz entro il 31/12/2017					15%		Obiettivo raggiunto. Si veda relazione dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Individuazione e predisposizione di due modelli di diagnosi infermierstiche, gli obiettivi e gli interventi assistenziali di riferimento	Produzione delle schede di diagnosi infermieristiche di riferimento per l'Unità Operativa.	Presentazione schede entro il 30/06/2017					15%		Obiettivo raggiunto. Si veda relazione dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder													
	Area IRCCS - Assislenza	Implementazione del sistema interai di valutazione multidimensionale	Plano di azione per l'introduzione del MDS-PAC	entro il 30/10/2017				5%	4%		Obiettivo non raggiunto. Si chiede la non valutabilità dell'obiettivo per il comparto dal momento che non era responsabile del suo raggiungimento.	obiettivo non raggiunto per la dirigenza e non valutabile per il comparto.	obietivo non raggiunto
	Area IRCCS - Relie	Studi Clinici	Almeno 1	vedi indicatore	0	0	0	10%	3%		Obiettivo raggiunto. I risultaf dello studio sono stafi pubblicafi sul n. 2 - dicembre 2017 - della rivista "Menti Attive". Si allega l'arficolo.	obietívo non valutabile per le motivazioni integrative allegate.	obietivo non raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individu	ale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%				

R2410700 - CENTRO STUDI E RICERCHE ECONOMICO SOCIALI PER L'INVECCHIAMENTO	Responsabile : Dr. Lamura Direttore Dipartimento: dr. Mercante							BUDGET 201	7			
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIV VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGEN ZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CAR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2º ISTANZA
Economico-finanziario												
	Ricerca a progetto	partecipazione a bandi di ricerca a progetto	almeno 10 proposte di progetto a committenza esterna	vedi indicatore 10,00	100%	100	10%	10%		vedi foglio di lavoro "Elenco progetti presentati" allegato a questo stesso file	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Ricerca a progetto	partecipazione a bandi di ricerca a progetto	almeno 80.000 euro di finanziamento esterno	vedi indicatore 289.597,00	362%	100	10%	10%		Totale: 290.000 euro circa (vedasi allegate determine 4AFFGEN2017, 13AFFGEN2017, 15AFFGEN2017).	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quar	titativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)											
	partecipazione a refi di ricerca nazionali/internazionali	pianificazione di almeno un progetto in collaborazione con la Rete Città Sane (di cui alla convenzione firmata lo scorso 10 febbraio)	presentazione di un progetto di ricerca	entro 31/12			5%	5%		Vedasi pag. 9 dell'allegato "IrideWeb_797743"	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	partecipazione a refi di ricerca nazionali/internazionali	organizzazione di almeno uno scambio internazionale di ricercatori INRCA con Israele	vedi azione	entro 31/12			5%	5%		Si veda il riferimento a Georgia Casanova in questo sito: http://rosenetcost.com/short-term-scientific-missions-stsms/	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	partecipazione a reti di ricerca nazionali/internazionali	collaborazione a network di ricerca intergenerazionale Generationes, con pubblicazione di un compendio internazionale aggiornato	pubblicazione di un compendio	entro 31/12			5%	5%		Per il compendio si veda il sito: http://www.generationen- compendium.de/downloads/Kompendium_17sprachig_10-10-2017.pdf.	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	partecipazione a reti di ricerca nazionali/internazionali	contributo attivo ad almeno 2 COST Actions, con pubblicazione di almeno un report e partecipazione ad almeno due incontri	vedi azione	entro 31/12			5%	5%		Per report vedi link qui: http://rosenetoost.com/wp-content/uploads/2017/12/services synthesis-paper-final.pdf Per partecipazione, si vedano i due file allegaf: BRNO meeting e WG-Services - Minutes)	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	integrazione con servizi territoriali e ospedalieri anche per ideare nuove attività di ricerca	collaborazione al progetto Argento Attivo con ASUR, con presentazioni come relatore ad almeno due incontri formativi	vedi azione	entro 31/12			5%	5%		Vedi prospetto relatori allegato (referente Cristina Gagliardi)	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	integrazione con servizi territoriali e ospedalieri anche per ideare nuove attività di ricerca	2. collaborazione con ISTAO per attività sull'Age Management	stesura di un report relativo all'attività di collaborazione	entro 31/12			5%	5%		Vedi report allegato.	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	integrazione con servizi territoriali e ospedalieri anche per ideare nuove attività di ricerca	organizzazione di una Training School internazionale per giovani ricercatori in collaborazione con l'Università di Camerino	vedi azione	entro 31/12			5%	5%		Evento organizzato in data 18-21 settembre 2017 (http://www.inrca.it/inrca/News2.asp?ID=259)	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	co-definire politiche socio-sanitarie regionali, monitoraggio interventi e valutazione programmi	campagna per definire politiche regionali per invecchiamento attivo: organizzazione di un convegno internazionale a valenza regionale	vedi azione	entro 31/12			5%	5%		Convegno organizzato in data 11 maggio 2017:http://www.inrca.it/INRCA/Event/2.asp?ID=180	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	co-definire politiche socio-sanitarie regionali, monitoraggio interventi e valutazione programmi	coordinamento scientifico progetto LAISA (Longevità Attiva e Innovazione Sociale in Agricoltura): organizzazione di almeno 2 eventi	vedi azione	entro 31/12			5%	5%		Eventi organizzati il 22 settembre (http://www.inrca.it/inrca/Eventi2.asp?ID=186) e il 28 settembre 2017 (http://www.inrca.it/inrca/files/eventi/NdR%202017%20Finale%20v4.pdf).	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakel	nolder											
	Area IRCCS - Scienza	Produzione Scientifica	IFM	20 51,00	255%	100,00	10%	15%		IFM raggiunto: 51 (come da comunicazione via mail allegata del 17 maggio 2018)	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, n	elazionali e organizzativi					25%	20%				

'R3610700 - SOC MEDICINA RIABILITATIVA	<u></u>	Responsabile : Dr. Mercante					BUDGET 2011	,					
SETTORE	ОВІЕТТІVО	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2º ISTANZA
Economico-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci	55.000	43.691,98	121%	100,00	10%	5%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici	38.500,00	34.578,54	110%	100,00	10%	5%		obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obietivo
	Risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da	2.085.738	2.026.893	97%	100,00	15%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	raggiunto
Processi interni (in ter	mini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e q	qualità)	Amulta assistenziale										ranninn
	Miglioramento qualità ed appropriatezza	Valutazione disfigia in tutii i pz. Stroke Unit per cui viene fata la richiesta entro 24 ore dalla richiesta stessa	secondo protocollo superiore nell'ultimo quadrimestre al 90% con attestazione dei 2 direttori di UUOO (Neurologia e Medicina	vedi indicatore				2%			Active orini sets), usy, nove, nic/ (nove delle richieste). Si prega notare che le richieste vengono fatte solo per i pz collaborante, in quanto la valutazione dila disfagia non può essere fatta per pz non	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Migioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	Adeguamento PDTA regionale iclus alla reallà INRCA: definizione protocolì operativi, tra le UU.O. di Neurologia, AGU, Diagnostica per Immegni, Nutrizione Clinica, CMI e Medicina riabilitativa per il percorso INRCA dell'iclus nel paziente geriatrico, con partecipazione del personale comparto.	fisiatra, nutrizionista, fisioterapista,	100% riunioni settimanali a partire da giugno 2017				3%			partecipato al 100% delle riunioni come risulta dal verbale tenuto in SU	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento e standardizzazione nella gestione del paziente con scompenso	Definizione percorso per pazienti con scompenso cardiaco integrato tra Cardiologia, Geriatria/AGU, CMI, DPA, Riabilitazione e Riabilitazione Cardiologica (comprendendo anche i criteri di accesso a ricovero nelle varie UUO	Stesura dell'algoritmo diagnostico terapeutico del PDTA indicato in azione e invio alla DMPO	Entro il 31/12/2017				2%			vedere relazione inviata dal dott. Antonicelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Trattamento riabilitativo del pavimento pelvico	Tratamento riabilitatvo di tutti pazienti segnalati dalle UU.OO. Di Neurologia, Urologia, Chirurgia Generale, Gastroenterologia	Numero di pazienti trattati inviati dalle UUOO coinvolte	Almeno il 90% dei pazienti segnalati negli ultimi 3 trimestri 2017. Vale solo per i codici A				2%	2%		N° 11 richieste, dalle U.U.O.O. di Neurologia, Gastroenterologia, Chirurgia Generale e Urologia, per tratamenti riabilitativi del pavimento pelvico in codice A, regolarmente registrati nella lista di attesa ed evase al100%.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Tratamento riabilitativo Parkinson	Tratamento riabilitativo ambulatoriale secondo protocollo concordato di luti pazienti segnalati con princollo concordato dell'ambulatorio fisiatrico e della UO di Neurologia con codice di priorità A o B	Numero di pazienti tratati secondo probocolo inviati dalle UUOO coinvolte Almeno il 90% dei pazienti segnalati negli ultimi 3 trimestri 2017	vedi indicatore				3%			Nelfamo 2017 al Servicio dell'U.O. di Medicina Riabilitativa sono pervenute: -N° 8 nichelse, dell'U.O. di Neurologia, per valutazione e trattamenti in gruppo di uttent con Mialatia di Partiano ni nociole A e B, regolarmenti registrate nella issi di attessa di evasa al 100%. Tiul 5 ilunti sino sub di inserii nei vari gruppi in base alla stidiazione della mialatia, regolarmente registra in ella issa di attissa ad evase al 100%. (Glenco del Risotragiste che hanno lavorato	obiettivo raggiunto	obietivo raggiunto
	Continuità trattamento riabilitativo	Tratamento fisiolerapico in tuti i doppi festivi	N. di giorni doppi festivi in cui viene garantito il trattamento fisioterapico	Superiore al 90% con attestazione direttore UO					15%		nei doppi fistivi dell'anno 2017:- 17 aprile '17 Mallucci Federica - Polverigiani Chiara:- 01 maggio '17 Ferretti Chiara - Casoni Elisa:- 25 dicembre '17 Fioretti Paola - Bugari Valeria;- 31 dicembre '17 Manocchi Laura - Camilletti	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Sviluppo modelli innovativi	Predisposizione di un progeto di fisioterapia aspecifica diffusa differenziato per UO. In collaborrazione con DPS e DMPO	Presentazione del progetto e avvio delle attività	Presentazione del progetto entro il 30/09 Attivazione di un progetto di fisioterapia diffusa aspecifica in almeno 2 uuoo del Dipartimento entro la fine dell'esercizio				3%			Progeto giá presentato nel 2016. Attuazione non possibile per indisponibilità di ligure professionali utilizzabili allo scopo senza incremento di spesa. Si è predisposto una comunicazione a tutte le scuole OSS che non ha nure ricovulo adresioni.	obietivo non valutabile	obiettivo non valutabile
	Informatizzazione area sanitaria	Realizzazione di tutte le azioni necessarie all'altuazione dell'informatizzazione sanitaria dell'stituto	partecipazione ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promo ssi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto	partecipazione del 100% (operatori e giornate) ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestamento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto				5%	5%		Il 100% degli operatori ha partecipato alle giornate definite ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto	obiettivo raggiunto	raggiunio
	Integrazione Inrca \ Aur (Osimo)	Attuazione del progetto di integrazione interaziendale secondo protocolli e modalità definite e concordate (vedi cronoprogramma DMPO)	secondo modalità concordate	rispetto del cronoprogramma revisionato nell'aprile 2017				5%			progetto inattivo	obietivo non valutabile	obiettivo non valutabile
	Miglioramento organizzativo procedura richieste informatizzate di reparto.	Utilizzo della procedura informatica ed eventuali proposte di miglioramento nel sw	Utilizzo delle RIR per l'approvvigionamento dei beni sanitari e non sanitari	Al 100% entro il 30/06/2017					10%		Si veda relazione del dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo relativo alla rilevazione e monitoraggio di giacenze e scorte di UU.OO. e Servizi.	Rilevazione e produzione dei report trimestrali già definiti per l'individuazione delle scorte di reparto	Alimentazione nel sistema informatico della form della giacenza di reparto	Compilazione delle form entro le scadenze trimestrali indicate dall'UO Acquisizione Beni, Servizi e Logistica					10%		Si veda relazione del dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Rilevazione degli aspetti di carattere assistenziale relativi alla valutazione multidimensionale geriatrica.	Compilazione attraverso sistema informatico/cartaceo dei bisogni assistenziali di riferimento per la valutazione multidimensionale	Raccolla dafi di valutazione multidimensionale di carattere assistenziale per n. 20 pz entro il 31/12/2017					15%		Si veda relazione del dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Individuazione e predisposizione di due modelli di diagnosi infermierstiche, gli obiettivi e gli interventi assistenziali di riferimento	Produzione delle schede di diagnosi infermieristiche di riferimento per l'Unità Operativa.	Presentazione schede entro il 30/06/2017					15%		Si veda relazione del dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza	a e stakeholder Area IRCCS - Scienza	Produzione Scienffica	IEM	6	6	100	100	5%			vedi relazione Direzione Scientifica	obiettivo raggiunto	obiettivo
	Area IRCCS - Assistenza	indicatori Ministero della Salute per valutazione IRCCS	rispetto dei valori soglia previsti dal PNE	vedi indicatore	•	100	100	5%			obbietivo NV in quanto non sono stato comunicati i valori soglia del ONE da	obietivo non valutabile	raggiunto obiettivo non valutabile
ъмирро е	Area IRCCS - Rete	Studi Clinici	Aumento studi clinici	>1 rispetto al 2016				5%			risoetlare. In corso lo studio SPRINT, studio ozonoterapia, attività gruppo Riabilitazione robotica. Per migliore definizione sentire la dott.ssa Bustacchini.	obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto
innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi prod	luttvi, relazionali e organizzativi						25%	20%		tutte le schede hanno avuto suportato il valore del 95%.		, 1

MEDICINA	Responsabile : Prof. Sarzani Direttore Dipartimento: dr. Mercante						IDGET 2017						
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2º ISTANZA
Economico- finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci	145.000	166.306,64	85%	85	10%	5%			obietivo parzialmente raggiunto	obiettivo parzialmente raggiunto
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici	131.738,89	128.281,65	103%	100	10%	5%			obietivo raggiunto	obietivo raggiunto
	Risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale	2.733.300	2.620.202	95,86%	100	15%	1			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi interni (in tern	nini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)												
	Miglioramento dell'appropriatezza	Attivazione "Day Service": attivazione percorso e realizzazione procedure PAC	Invio alla DMPO entro il 31/12 del dettaglio delle attività diagnostiche e terapeutiche previste nei Day service per ipertensione, ecc ecc	vedi indicatore				3%	10%	invio effettuato in data 02/01/2018	invio alla DMPO	obietivo raggiunto	obietivo raggiunto
	Miglioramento e standardizzazione nella gestione del paziente con scompenso	Definizione percorso per pazienti con scompenso cardiaco integrato tra Cardiologia, Geriatria/AGU, CMI, DPA, Riabilitazione e Riabilitazione Cardiologica (comprendendo anche i criteri di accesso a ricovero nelle varie UUO	Stesura dell'algoritmo diagnostico terapeutico del PDTA indicato in azione e invio alla DMPO	Entro il 31/12/2017				3%	1	invio effettuato in data 02/01/2018	Far riferimento alla relazione del responsabile del PDTA dr R.Antonicelli	obietivo raggiunto	obietivo raggiunto
	Miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza	Somministrazione terapia nutrizionale secondo criteri di appropriatezza sanitaria e terapeutica. Da realizzare congiuntamente tra le UUOO Nutrizione clinica, Geriatria, Neurologia, Cardiologia, Clinica medicina Interna, Degenza Post acuzie, Chirurgia, Nefrologia	Pazienti deceduti entro 3 gg dall'inizio di NE o NP	Riduzione del 50% del dato 2016 in NP e in NE con osservazione dei pazienti del II Semestre				3%			Far riferimento a relazione Dr Orlandoni	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Attivazione percorso Sepsi	Definizione del PDTA per la Sepsi con UO Farmacia, CMI, Anestesia e Rianimazione e collaborazione dell'infettivolgo	Stesura dell'algoritmo diagnostico terapeutico del PDTA indicato in azione e invio alla DMPO	Entro il 31/12/2017				3%		invio effettuato in data 02/01/2018	invio alla DMPO	obiettivo raggiunto	obietivo raggiunto
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	Conscionazione dell'amento. Adeguarento PDTA regionale ictus alla resaltà INRCA: definizione protocolli operativi, tra le UU.O.O. di Neurologia, AGU, Diagnostica per Immagini, Nutrizione Clinica, CMI e Medicina riabilitativa per il percorso INRCA dell'ictus nel paziente geriatrico, con partecipazione del personale comparto.	riconvocazione stroke beam (riunioni settimanali insieme con fisiatra, nutrizionista, fisioterapista, logopedista, eventuale presenza dell'assistente sociale per appropriato piano di cura)	100% riunioni settimanali a partire da giugno 2017				3%	5%	02/01/2016	far riferimento alla relazione del responsabile del progetto dr Pelliccioni	obietivo raggiunto	objetivo
	Informatizzazione area sanitaria	Realizzazione di lute le azioni necessarie all'attuazione dell'informatizzazione sanilaria dell'isfluto	partecipazione ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto	partecipazione del 100% (operatori e giornate) ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto				5%	5%		Partecipazone effettuata	obietivo raggiunto	obietivo raggiunto
	Integrazione Inrca \ Aur (Osimo)	Attuazione del progetto di integrazione interaziendale secondo protocoli e modalità definite e concordate (vedi cronoprogramma DMPO)	avvio / prosecuzione delle attività secondo modalità concordate	rispetto del cronoprogramma revisionato nell'aprile 2017				5%			come da intesa condivisa con la Pneumo Osimo	obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo procedura richieste informatizzate di reparto.	Utilizzo della procedura informatica ed eventuali proposte di miglioramento nel sw	Utilizzo delle RIR per l'approvvigionamento dei beni sanitari e non sanitari	Al 100% entro il30/06/2017					10%		far riferimento ad area sistemi informativi ATL	obietivo raggiunto	obio#ivo
	Miglioramento organizzativo relativo alla rilevazione e monitoraggio di giacenze e scorte di UU.OO. e Servizi.	Rilevazione e produzione dei report trimestrali già definifi per l'individuazione delle scorte di reparto	Alimentazione nel sistema informatico della form della giacenza di reparto	Compilazione delle form entro le scadenze trimestrali indicate dall'UO Acquisizione Beni, Servizi e Logistica					10%		dati in posseso dell'area sisitemi informativi ATL	obiettivo raggiunto	ohietivo
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Rilevazione degli aspetii di carattere assistenziale relativi alla valutazione multidimensionale geriatrica.	Compilazione attraverso sistema informatico/cartaceo dei bisogni assistenziali di riferimento per la valutazione multidimensionale	RacColta dati di valutazione multidimensionale di carattere assistenziale per n. 15 pz entro il 31/12/2017					15%		eseguite a disposizione del Dirigente infermieristico pressso	obiettivo raggiunto	obietivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Individuazione e predisposizione di due modelli di diagnosi infermierstiche, gli obiettivi e gli interventi assistenziali di riferimento	Produzione delle schede di diagnosi infermieristiche di riferimento per l'Unità Operativa.	Presentazione schede entro il 30/06/2017					15%		presentazione Dirigente infermieristico	obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza	e stakeholder												
	Area IRCCS - Scienza	Produzione Scientifica	IFM	25	15	60%	0	5%	1		vedi allegati	Nn raggiunto, pubblicazioni con doppia affiliazione	
	Area IRCCS - Assistenza	Progetti di ricerca	Stesura di progetti di ricerca	Presentazione di almeno un progetto di ricerca, come coordinatore o partner, entro il 31/12/2017				5%			vedi allegati	obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Area IRCCS - Rete	Studi Clinici	Arruolamento pz nell'ambito dei trial clinici come da fimeline di studio	80% del target complessivo previsti nella fimeline di studio				5%			vedi allegati	Obiettivo non valutabile per valore obiettivo non ben definito nell'arco temporale di valutazione	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, r	elazionali e organizzativi	,					25%	20%		inviate		

'R3630500 - SOSD RESIDENZA SANITARIA RIABILITATIVA AP	Responsabile : Dr. Giannandrea Direttore Dipartimento: dr. Mercante				BUDGE	T 2017							
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2º ISTANZA
Economico-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci	14.500	11.680,57	119%	100	10%	5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici	20.000,00	20.647,42	97%	100	10%	5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale	924.997,32	905.816,78	98%	100	15%				obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini qua	antitativi, di efficienza, appropriatezza e	e qualità)	GOODSTILLAG										raggianio
	Dimissione protetta in uscita	Applicazione procedura per dimissione profetta in uscila	Compilazione e registrazione delle schede in cartella	Corrispondenza tra certificati e registrazione in cartella con controllo a campione della DMPO sul 5% delle cartelle				5%	5%		obietivo raggiunto; controllate cartelle con dimissione protetta		obiettivo raggiunto
	Prevenzione e cura decubiti	Compilazione scheda prevenzione e cura decubiti	Applicazione procedura decubiti	Completezza della scheda sulle cartelle controllate a campione				5%	5%		dopo controllo; obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	Messa a punto di una istruzione operativa per la formazione, informazione assistenziale e riabilitativa del paziente e del care-giver. Asimi predisposte per garantire il percorso del paziente e la continuità assistenziale	applicazione dell'istruzione operativa ai pazienti e al care-giver durante la degenza e in fase di dimissione con compilazione di un questionario dedicato	predisposizione di una istruzione operativa 2) individuazione dei pazienti e del care-giver da formare. 3) attuazione dell'istruzione operativa con schede compilate per almeno il 50% dei pazienti individuati per la formazione come da istruzione.				10%	5%		obietivo raggiunto; redata I.O., applicata I.O.ai pazienti e al caregiver; compilati i questionari dedicati	obiettivo raggiunto	ohiettivo
	Informatizzazione area sanitaria	Realizzazione di tutte le azioni necessarie all'attuazione dell'informatizzazione sanitaria dell'istituto	partecipazione ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto	partecipazione del 100% (operatori e giornate) ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto				10%	5%		obietivo raggiunto Partecipazione ai gruppi di lavoro calendarizzati al 100%	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
													obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo procedura richieste informatizzate di reparto.	Utilizzo della procedura informatica ed eventuali proposte di miglioramento nel sw	Utilizzo delle RIR per l'approvvigionamento dei beni sanitari e non sanitari	Al 100% entro il30/06/2017					10%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo relativo alla rilevazione e monitoraggio di giacenze e scorte di UU.OO. e Servizi.	Rilevazione e produzione dei report trimestrali già definit per l'individuazione delle scorte di reparto	Alimentazione nel sistema informatico della form della giacenza di reparto	Compilazione delle form entro le scadenze trimestrali indicate dall'UO Acquisizione Beni, Servizi e Logistica					10%		compilazione, entro le scadenze indicate nel programma on line	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Rilevazione degli aspetti di carattere assistenziale relativi alla valutazione multidimensionale geriatrica.	Compilazione attraverso sistema informatico/cartaceo dei bisogni assistenziali di riferimento per la valutazione multidimensionale	Racolta dati di valutazione multidimensionale di carattere assistenziale per n. XX pz entro il 31/12/2017					15%		compilazione cartacea della VMD per 20 pz(documentazione inU.O.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Individuazione e predisposizione di due modelli di diagnosi infermierstiche, gli obiettivi e gli interventi assistenziali di riferimento	Produzione delle schede di diagnosi infermieristiche di riferimento per l'Unità Operativa.	Presentazione schede entro il 30/06/2017					15%		schede presentate alla Dir. Inf.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder		T MONTH IN THE THE	орогията.										
Stanoffuluer	Area IRCCS - Assistenza	Progetto innovativo di sviluppo di una RSA	Presentazione di un progetto di sviluppo	Entro il 31/12/2017				10%			idee per progetto nuova RSR Appignano (vedere allegato)	obiettivo raggiunto	obiettivo non raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	scheda di valutazioneindividuale pro	cessi produttvi, relazionali e organizzativi	l	1				25%	20%		schede compilate regolarmente		

'R2410600 - SOC CENTRO PATOLOGIA CLINICA E TERAPIA INNOVATIVA AN		onsabile : Prof.Procopio re Dipartimento: dr. Ricci				BUDO	GET 2017						
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR		VALUTAZION E 2° ISTANZA
Economico-finanziario													
Processi interni (in termini quantitativi,	di efficienza, appropriatezza e d	L qualità)											
	2. Attività Clinica	Attivazione di un servizio di "Precision Medicine" e Counselling Clinico	Piano di fattibilità sull'organizzazione del servizio pilota	Stesura di un piano di fattibilità entro il 31/10/2017				20%	20%	Documentazione inviata in data 30/10/2017	Piano di fattibilità realizzato ed inviato nei tempi previsti.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	6. Ricerca Traslazionale	Organizzazione di un' unità di istituto di "Computational Pathology"	Piano di fattibilità sull'organizzazione del servizio pilota	Stesura di un piano di fattibilità entro il 31/10/2017				20%	20%	Documentazione inviata in data 30/10/2017	Piano di fattibilità realizzato ed inviato nei tempi previsti.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Attvità assistenziale	Definizione del prontuario degli esami eseguibili presso il Centro e dei rispettivi utilizzatori dei Por con relativi protocolli per la richiesta	vedi azione	entro 30/09/2017				10%	15%	Documentazione inviata in data 29/09/2017	Prontuario e documenti correlati realizzati ed inviati nei tempi previsti.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Informatizzazione area sanilaria	all'attuazione dell'informatizzazione canitaria dell'Istituto	partecipazione ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addest amento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto	partecipazione del 100% (operatori e giornate) al gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto				5%	5%		obietívo non previsio per l'area ricerca	obiettivo non valutabile	obietlivo non valutabile
Prospettiva dell'utenza e stakeholder													
	8. Attività Scientifica	Aumento della produzione scientifica in termini di IFN rispetto a quella stabilita nel budget dell'anno precedente	IFN	30,00	67	100%	100%	20%	20%		Obietivo raggiunto. In allegato l'elenco delle pubblicazioni della UOC PCTI 2017.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individua	le processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%				

'R3611200 - SOC FARMACI		abile : Dr. Di Muzio ipartimento: dr. Ricci				BUDGET 201	7						
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZION E CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2° ISTANZA
Economico-fin	Riduzione consumo farmaci ospedalieri	Attività di monitoraggio sul consumo appropriato dei farmaci in ambito ospedallero considerando le 4 aree di intervento già individuate	Consumo Farmaci Presidi Marche	< anno 2016	2166427,46 nel 2016 vs 2268563,54 nel 2017			15%			Obiettivo raggiunto	Sulla base della relazione fornita dal Controllo di Gestione, si ritiene l'obiettivo non raggiunto	obiettivo raggiunto
	Riduzione consumo dispositivi medici ospedalieri	Attività di monitoraggio sul consumo approprialo dei dispositivi medici in ambito ospedaliero in relazione al valore della produzione erogata	Consumo Dispositivi medici Presidi Marche rapportata al Valore della produzione	< 3% stesso indicatore anno 2016	4230798 nel 2016 vs 3614500 nel 2017			15%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
Processi interi	ni (in termini quantitativi, di efficienza, Attività di consulenza sugli armadi farmaceutici di reparto	appropriatezza e qualità) Favorire una corretta gestione del farmaco, compresa la buona conservazione dei medicinali e dei dispositivi medici, la rilevazione e rimozione dei prodotti in sadenza o in eccodenza rispetto ai consumi prevedibili in base ai prelievi.	Numero verbali di ispezione / anno per uu.oo.	numero verbale per UO trimestrale a parfire dal II semestre 2017				5%		presentati 6 verbali su 13	obiettivo parzialmente raggiunto	Alla luce del controllo effettuato dal cogest, si ritiene l'obiettivo parzialmente raggiunto al 46.15%	obiettivo non raggiunto
	Riconciliazione Farmacologica	Condivisione con Geriatria An, Geriatria Fm e farmacia esterna di un progetto di ricondilazione farmacologica	Presentazione del progetto e avvio delle attività	Presentazione entro il 30/10 e avvio entro dicembre 2017				5%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	obiettivo non raggiunto
	Corretta gestione del magazzino	Tenuta corretta delle registrazioni contabili di magazzino	Valore delle rettifiche inventariali di fine anno	Rettifiche positive < a 10 mila € Rettifiche negative < a 10 mila €				5%	45%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Implementazione e messa a regime del sw parte economale (anche per dispositivi e farmaci)	Attività di sviluppo del sw Navision per una razionalizzazione nell'area logistica compresa la scadenza dei servizi	implementazione e utilizzo modifiche del sistema	messa a regime entro il 30/09/2017				5%	30%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Attivazione percorso Sepsi	Definizione del PDTA per la Sepsi con UO Farmacia, CMI, Geriatria e collaborazione dell'infettivolgo	Realizzazione del PDTA entro il 30/09/2017 Implementazione dello stesso dal IV trimestre report sull'attività	vedi indicalore				5%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Informatizzazione area sanitaria	Realizzazione di tutte le azioni necessarie all'attuazione dell'informatizzazione sanitaria dell'Istituto	partecipazione ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto	partecipazione del 100% (operatori e giornate) ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto				5%	5%		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
Prospettiva de	ell'utenza e stakeholder												
	Area IRCCS - Scienza	Produzione Scientifica	IFM	4,00	6,00	150%	100	4%					Obiettivo raggiunto
	Area IRCCS - Assistenza	Progetti di ricerca	Collaborazione con Direzione Scientifica per lo svolgimento dei progetti attivi (GOOD, Sprint-T) in termini di reclutamento pazienti e definizionre dei contenuti scientifici	relazione approvata dal direttore scientifico				4%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Area IRCCS - Assistenza	Progetti di ricerca	Stesura di progetti di ricerca	Presentazione di almeno un progetto di ricerca, come ccordinatore o partner, entro il 31/12/2017				4%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Attività di ricerca	Criteri di appropriatezza nell'uso di farmaci nell'anziano: studio sulle interazioni.	Valutazione delle interazioni fra farmaci su un campione di pazienti ricoverati con almeno n. 5 farmaci in terapia causa di possibile aumento delle giornate di degenza.	Rilevazione e valutazione dei dati e possibile sottomissione articolo a ua rivista con IF				3%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo non raggiunto	Obiettivo non raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale pro	ocessi produttvi, relazionali e organizzativi						25%	20%				

'R3611900 - SOC LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CLINICHE E MOLECOLARI AN		abile : Dr.ssa Marziali Dipartimento: dr. Ricci						ET 2017					
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2º ISTANZA
Economico-finanziario													Obietivo
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci	1.500	0,00	200%	100	10%	5%			Obiettivo raggiunto	raggiunto
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici	931.000	692.630,32	126%	100	10%	5%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale	925.695	980192,90	106%	100	15%				Obietivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitat	tivi, di efficienza, appropriatezza e qualità)												
	Segnalazione di incremento significativo nell'isolamento di un particolare germe Segnalazione dei germi sentinella	Elaborazione report per le analisi statiche ed epidemiologiche delle infezioni	produzione di report bimestrali	Almeno 3 report (a partire dal mese di settembre 2017)				5%	10%		Elaborazioni statistiche prodotte a partire da luglio2017. Vedere relazione allegata	Obietivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
		Formazione del personale per l'esecuzione del test con il sistema Vidas. Effetuazione test procalcibrina	Esecuzione del test	Effettuazione del 100% dei test richiesti dalle UUOO del POR di Ancona e/o da pazienti ambulatoriali a partire dal mese di settembre				5%	10%		Applicazione nuova metodica dosaggio Procalcibnina Informativa inviata 28/09/17 Relazione allegata	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Introduzione dosaggio Vancomicina per personalizzazione terapia dei pazienti dell'UO Centro del Piede Diabetico	Formazione del personale per l'esecuzione del test con il sistema Cobas. Effettuazione test vancomicina, su richiesta dell'UO Centro del Piede Diabetico	Esecuzione del test	Effettuazione del 100% dei test richiesti dalle UUOO del POR di Ancona, Fermo e/o da pazienti ambulatoriali dal mese di settembre				5%	10%		Applicazione nuova metodica dosaggio Vancomicina. Informativa inviata 28/09/17. Relazione allegata	Obietivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Integrazione Inroa \ Aur (Osimo)	Attuazione del progetto di integrazione interaziendale secondo protocoli e modalità definite e concordate (vedi cronoprogramma DMPO)	avvio / prosecuzione delle attività secondo modalità concordate	rispeto del cronoprogramma revisionato nel maggio 2016				5%	5%		Incontri del gruppo di lavoro INRCA/Osimo per la realizzazione di un server unico. Attività propedeulica alla successiva riorganizzazione	Obietivo non valutabile a causa di situazioni ostative che non hanno permesso i raggiungimento dell'obietivo	situazioni ostative che
	Informatizzazione area sanitaria	Realizzazione di lutte le azioni necessarie all'attuazione dell'informatizzazione sanitaria dell'istituto	partecipazione ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto	partecipazione del 100% (operatori e giornate) ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dal Coordinatori del progetto				5%	5%		In relazione all'oblettivo il Laboratorio ha partecipato alle attività formative/ informative alle quali è stato coinvolto.	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo procedura richieste informatizzate di reparto.	Utilizzo della procedura informatica ed eventuati proposte di miglioramento nel sw	Utilizzo delle RIR per l'approvvigionamento del beni sanitari e non sanitari	Al 100% entro ii30/06/2017					15%		Tutto il personale del Laboratorio ha iniziato, entro il termini stabiliti, ad utilizzare la procedura informatica (RIR) per l'approvvigionamento del reagenti, dei beni sanitari e non.	Obietivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo relativo alla rilevazione e monitoraggio di giacenze e scorte di UU.OO. e Servizi.	Rilevazione e produzione dei report trimestrali già definiti per l'individuazione delle scorte di reparto	Alimentazione nel sistema informatico della form della giacenza di reparto	Compilazione delle formentro le scadenze trimestrali indicate dall'UO Acquisizione Beni, Servizi e Logistica					15%		Il personale tecnico e infermieristoc ha provveduto a rilevare le giacenze/scorte di reparto e a compilare le formentro le scadenze prefissate come indicato dalla UO Acquisizione Beni, Servizi e Logistica.	Obietivo raggiunto	Obietívo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholde					-				-			-	Obietivo
	Area IRCCS - Scienza	Produzione Scientifica	IFM	11,00	44,5	404,55%	100%	5%			In linea con le scadenze previste. Vedere relazione allegata	Obiettivo raggiunto	raggiunto
	Area IRCCS - Assistenza	Progetti di ricerca	Stesura di progetti di ricerca	Presentazione di almeno un progetto di ricerca, come cordinatore o partner, entro il 31/12/2017				5%			In linea con le scadenze previste. Vedere relazione allegata	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Area IRCCS - Assistenza	Progetti di ricerca	Collaborazione con Direzione Scientifica per lo svolgimento dei progetti attivi (GOOD, Sprint-T) in termini di reclutamento pazienti e definizione dei contenuti scientifici	relazione approvata dal direttore scientifico				5%			Ampia collaborazione con i Referent dei progetti descritti da questo obiettivo al fine di garantire lo svolgimento delle attività previste.	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale process	si produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%				

R3612100 - SOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI AN		nbile : Dr.Ricci rtimento: dr. Ricci				BUDG	ET 2017						
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2º ISTANZA
Economico-finanziario													obiettivo
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci	115.000,00	76.050,89	134%	100	10%	5%			obietivo raggiunto	raggiunto
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici	422.837,02	336.913,82	120%	100	10%	5%			obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale	2.178.337,94	2.285.263,61	105%	100	15%				obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quani	titativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)												
	Attivazione consegna referti on line	Formazione personale nell'organizzazione dei percorsi	N° referti accessibili on line	Almeno 500 referti consegnati con modalità telematica al 31/12				3%	5%		Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Otimizzazione tempi radiologici nel percorso ictus/fibrinolisi	Formazione personale nell'esecuzione e refertazione esami Tc encefalo e angio Tc vasi epiaortici	Tempi intercorsi tra esecuzione e refertazione esami neuroradiologici, inferiori ai 60 min.	90% esami con tempi inferiori ai 60 min. a partire da giugno 2017				3%	10%		Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata.	obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Incremento dell'offerta di indagini di RM prostatica multiparametrica	Revisione e rimodulazione dell'offerta esami RM: priorita' alle indagini di RM prostatica multiparametrica	Confronto esami RM multiparametrica 2016/2017	Al 31/12: incremento di almeno il 20% di esami 2017 vs 2016				4%			Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata.	obietívo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Indicazione terapeutica appropriata del percorso per la patologia vascolare maggiore	condivisione dei criteri per la scelta della terapia chirurgica e/o interventistica con l'UO Chirurgia e la UO Neurologia per la rivascolarizzazione dei vasi epiaortici	Definizione del protocollo condiviso entro il 31/10/2017	scetta della procedura fatta in team 100% a partire da dicembre 2017				4%			Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Attivazione percorso Carcinoma della Prostata	Definizione del PDTA per la prostata tra le UUOO Urologia, PTP, Anestesia e Rianimazione e Diagnostica per Immagini	Stesura dell'algoritmo diagnostico terapeutico del PDTA indicato in azione e invio alla DMPO	entro il 31/12/2017				4%			Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata.	obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Attivazione percorso sul melanoma	Definizione del PDTA tra le UUOO Dermatologia, Anestesia e Rianimazione e Diagnostica per Immagini; medicina Nucleare	Stesura dell'algoritmo diagnostico terapeutico del PDTA indicato in azione e invio alla DMPO	entro il 31/12/2017				4%			Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata.		obiettivo non valutabile
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	Adeguamento PDTA regionale ictus alla realtà INRCA: definizione protocoli operativi, ta le UU.OO. di Neurologia, AGU. Diagnostos per Immegini, Nutrizione Clinica, CMI e Medicina riabilitativa per il percorso INRCA dell'ictus nel paziente geriatrico, con partecipazione del personale comparto.	riconvocazione stroke team (riunioni settimanali insieme con fisiatra, nutrizionista, fisioterapista, logopedista, eventuale presenza dell'assistente sociale per appropriato piano di cura)	100% riunioni setimanali a partire da giugno 2017				4%	5%		Obietivo raggiunto. Si veda relazione allegata.	obietivo non valutabile	obiettivo raggiunto
	Integrazione Inrca \ Aur (Osimo)	Attuazione del progetto di integrazione interaziendale secondo protocolli e modalità definite e concordate (vedi cronoprogramma DMPO)	avvio / prosecuzione delle attività secondo modalità concordate	rispetto del cronoprogramma revisionato nel maggio 2016				4%			Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata.	obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo procedura richieste informatizzate di reparto.	Utilizzo della procedura informatica ed eventuali proposte di miglioramento nel sw	Utilizzo delle RIR per l'approvvigionamento dei beni sanitari e non sanitari	Al 100% entro il30/06/2017					15%		obiettivo raggiunto, come da relazione del dott. Marinelli	obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo relativo alla rilevazione e monitoraggio di giacenze e scorte di UU.OO. e Servizi.	Rilevazione e produzione dei report trimestrali già definiti per l'individuazione delle scorte di reparto	Alimentazione nel sistema informatico della form della giacenza di reparto	Compilazione delle form entro le scadenze trimestrali indicate dall'UO Acquisizione Beni, Servizi e Logistica					20%		obiettivo raggiunto, come da relazione del dott. Marinelli	obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Individuazione e predisposizione di due modelli di diagnosi infermierstiche, gli obiettivi e gli interventi assistenziali di riferimento	Produzione delle schede di diagnosi infermieristiche di riferimento per l'Unità Operativa.	Presentazione schede entro il 30/06/2017					15%		obiettivo raggiunto, come da relazione del dott. Marinelli	obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeh	older												
	Area IRCCS - Scienza	Produzione Scientifica	IFM	2,00	1	50%	0	5%					obiettivo non raggiunto
	Area IRCCS - Assistenza	Progetti di ricerca	Collaborazione con Direzione Scientifica per lo svolgimento dei progetti attivi (GOOD, Sprint-T) in termini di reclutamento pazienti e definizione dei contenuti scientifici	relazione approvata dal direttore scientifico				5%			Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata.		obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produ	uttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%				

'R3613600 - SOSD MEDICINA NUCLEARE AN		e : Dr.ssa Fornarelli vartimento: dr. Ricci				BUDGE	ET 2017						
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)		PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2º ISTANZA
Economico-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Materiali per medicina nucleare	150.000,00	147.861,99	101%	100	10%	5%			Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici	850,00	1.410,23	34%	34	10%	5%	Riprorzionando i consumi per il valore della produzione (in incremento) l'obietivo sarebbe raggiunto al 39%		Obiettivo non raggiunto	Obiettivo non valutabile
	Risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale	298.034,28	307.868,30	103%	100	15%				Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
Processi interni (in termin	i quantitativi, di efficienza, appropriatezza e d											raggianio	raggianio
	Miglioramento qualita' ed appropriatezza della sontigratia miocardica di perfusione (GATED SPECT)	Predisposizione di un documento condiviso con la UOC di Cardiologia , relativo alla corretta applicazione dei criteri di appropriatezza della Scintigrafia miocardica di perfusione (GATED SPECT) con il duplice risultato di evitare studi inappropriati ed ancor più di focalizzare patiologie dove, al contrario, l'informazione ottinibile con imaging funzionale medico-nucleare è indispensabile per il work-up del paziente anziano.	Predisposizione del probcollo condiviso con UO Cardiologia	Predisposizione e validazione del protocollo da parte della DMPO entro il 31/12/2017				10%	10%		Il documento è stato inviato al controllo di gestione in data 31/12/2017. Si allega il documento.	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Otimizzazione ed approprialezza dell' imaging funzionale e morfologico con metodica SPECT ed RM cerebrale per la diagnosi precoce e differenziale tra le principali forme cliniche di demenza.	Individuare i crileri di selezione di pazienti con sospetta demenza allo scopo di creare un probobilo diagnostico condiviso con le UO di Neurologia, di Neuroradiologia e Medicina Nucleare.	Predisposizione del probcollo condiviso con UO interessate	Predisposizione e validazione del protocollo da parte della DMPO entro il 31/12/2017				5%	5%		Il documento è stato inviato al controllo di gestone in data 31/12/2017. Si allega il documento.	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Attivazione percorso sul melanoma	Definizione del PDTA tra le UUOO Dermablogia, Anestesia e Rianimazione e Diagnostica per Immagini; medicina Nucleare	Stesura dell'algoritmo diagnostico terapeutico del PDTA indicato in azione e invio alla DMPO	entro il 31/12/2017				5%			Il documento è stato inviato dal dott. Serresi (UO Dermatologia) entro i tempi previsti dal valore obiettivo.		obietívo non valutabile
	Informatizzazione area sanitaria		partecipazione ai gruppi di lavoro e alle giornale di formazione/addestamento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto	partecipazione del 100% (operatori e giornate) al gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addest amento promosio calendarizzati dal Coordinatori del progetto				5%	5%		L'UO non è stato coinvolta nei corsi di formazione in quanto la cartella clinica non è integrato con il sistema radiologico. Quindi non è l'obiettivo non è valutabile.	Obiettivo raggiunto	obietfvo non valutabile
	Miglioramento organizzativo procedura richieste informatizzate di reparto.	Utilizzo della procedura informatica ed eventuali proposte di miglioramento nel sw	Utilizzo delle RIR per l'approvvigionamento dei beni sanitari e non sanitari	Al 100% entro il30/06/2017					15%		Si veda relazione del dott, Marinelli,	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo relativo alla rilevazione e monitoraggio di giacenze e scorte di UU.OO. e Servizi.	Rilevazione e produzione dei reporttrimestrali già	Alimentazione nel sistema informatico della form della giacenza di reparto	Compilazione delle form entro le scadenze trimestrali indicate dall'UO Acquisizione Beni, Servizi e Logistica					20%		Si veda relazione del dott. Marinelli,	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Individuazione e predisposizione di due modelli di diagnosi infermierstiche, gli obiettivi e gli inferventi assistenziali di riferimento	Produzione delle schede di diagnosi infermieristiche di riferimento per l'Unità Operativa.	Presentazione schede entro il 30/06/2017					15%		Si veda relazione del dott. Marinelli.	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e s	stakeholder										E' stata organizzata una		
	Area IRCCS - Scienza	Progetto Scope	Parteciopazione attiva a progetto di ricerca Scope	partecipazione ad almeno due riunioni con lo staff della direzione scientifica				5%			riunione ad aprile 2017 con la direzione scientifica.	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Area IRCCS - Assistenza	% prestazioni ambulatoriali fuori regione	aumento della percentuale delle prestazioni fuori regione	auments rispetto al 2016				5%			proveninte da fuori regione rispetto ai 45 prestazioni di pz del 2016. Si veda report del Controllo di Gestione		Obiettivo raggiunto 7 8
зукирро e innovazione	Area IRCCS - Rete	Studi Clinici	Aumento studi clinici	>1 rispetto al 2016				5%			Non sono stati effettuati studi clinici nel 2017.	Obiettivo non raggiunto	Obiettivo non raggiunto
dei processi produttivi e	Scheda di valutazione individuale processi	produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%				

DIREZIONE MEDICA	Responsabile : Dr. Montoli			BUDGET 2017									
SETTORE	ОВІЕТТІVО	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALO RE	raggiungi mento	DI RAGGIUNGI	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZION E CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2º ISTANZA
Economico- finanziario													
	l n termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qua	I lità)											
,	Consolidamento del percorso relativo alla gestione del rischio clinico	Adempimento degli obiettivi e dei tempi del piano annuale Risk Management 2017 richiesto da Regione Lombardia che verrà redatto entro 31/03/2017	Cronoprogramma e finalità degli obiettivi del piano	Rispetto del cronoprogramma e realizzazione degli obiettivi e delle azioni del piano e invio in regione entro il 12/01/2018 del rendiconto dello stesso a Regione Lombardia.	i			10%	20%		Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata	raggiunto	obietfivo raggiunto
		Rilevazione dei dati, compilazioni degli indicatori sul portale regionale di governo e stesura piani di miglioramento.	Indicatori presenti sul portale PRIMO elaborati da Regione Lombardia identificati ed utilizzabili per la nostra realtà	Conferma dei valori attesi dagli indicatori identificati nel portale dedicato "PRIMO" e stesura dei piani di miglioramento per quegli indicatori che non raggiungono il valore atteso				10%	10%		Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata	raggiunto	obiettivo raggiunto
	Dimissione protetta in uscita	Applicazione procedura per dimissione protetta in uscita	Compilazione e registrazione delle schede in cartella	Corrispondenza tra certificati e registrazione in cartella con controllo a campione della DMPO sul 5% delle cartelle				5%			Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata	raggiunto	obietivo raggiunto
	Definizione di un progetto accoglienza in collaborazione con DAPO	Presentazione di una proposta relativa alla definizione di un progetto accoglienza per l'utenza del presidio in una logica unitaria con la Dapo Ancona	Presentazione proposta alla Direzione	entro il 30/09/2017				5%	10%		Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata	raggiunto	obiettivo raggiunto
	Rivisitazione e aggiornamento carta dei servizi in collaborazione con DAPO	Presentazione di una proposta relativa alla rivisitazione e aggiornamento della carta dei servizi per l'utenza del presidio in una logica unitaria con la Dapo Ancona	Presentazione proposta alla Direzione	entro il 30/09/2017				5%	10%		Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata	non valutabile	obietivo non valutabile
		Identificazione dei documenti (procedure, istruzioni operative, moduli, etc) da allegare quale conferma della valutazione data negli item della check-list di autovalutazione	ltem di competenza presenti nella check-list di autovalutazione	Inserimento di allegati a supporto (documenti, procedure, istruzioni operative, etc) in almeno il 75% degli item che lo richiedono				15%	10%		obiettivo raggiunto. 258 item su 328 = 79%	raggiunto	obiettivo raggiunto
	Mantenimento Certificazione	Messa in campo di tutte le attività necessarie al raggiungimento dell'obiettivo	Valutazione positiva dell'ente certificatore	vedi indicatore				5%	10%		Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata	raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento della integrazione, comunicazione ospedale territorio: agevolare l'utenza nella preparazioni degli esami da eseguire presso il POR di Casatenovo.	Rilevazione da aprile a giugno delle NC di preparazione agli esami diagnostici. Raccolla delle modalità di preparazione/ note informative all'esecuzione di esami diagnostici, loro pubblicazione sul portale INRCA POR di Casalenvove 4 trasmissione delle lesses per mali a MMG.Nuova rilevazione da settembre a dicembre delle NC di preparazione agli esami diagnostici.	Rilevazione NC alla preparazione degli esami diagnostici	Riduzione di almeno il 10% delle NC rilevate nel periodo post informativa (ottobre dicembre)				20%	10%		Obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata	raggiunto	obietivo raggiunto
Prospettiva dell'ut	enza e stakeholder												
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, re	elazionali e organizzativi						25%	20%				

'R2601500 - SOC DIREZIONE MEDICA PRESIDIO CS	Responsabile : Dr. Garofalo						BUDGE	T 2017					
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario													
Processi interni (in termini	quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità, Miglioramento della qualità ed appropriatezza delle cure	Incontri periodici con i Responsabili dei Pronto Soccorso, da parte del Direttore di Dipartimento e la DMPO	Percentuale dei ricoveri ordinari acuti per trasferimento da altra struttura ospedaliera pubblica (Pronto Soccorso o Reparti)	Mantenimento della percentuale sul numero totale dei ricoveri ordinari per acuti riferiti all'anno 2016 (specificare fonte dei dati)				10%	10%		obiettivo raggiunto - gli incontri con i responsabili dei PP.SS. Dell'ASP e dell'AO di Cosenza sono staf fatti (pdf allegati) - ricoveri per acuti 2016: n. 1077 di cui 571 provenienti da PS/reparto - ricoveri per acuti 2017 n. 992 di cui 641 provenieti da PS/Reparto	obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento dei strumenti informativi desfinati all'utenza anziana e loro caregiver	aggiornamento/revisione dei contenuti della Carta dei Servizi POR di Cosenza	Elaborazione del formalo elettronico e avvio procedure per la nuova stesura	predisposizione della nuova carta dei servizi entro il 31/12/2017				15%	10%		obiettivo raggiunto - l'aggiornamento/revisione della carta dei servizi del POR è stata fatta ed inviata all'URP di Ancona, alla DSI e alla DAPO Cosenza per i segulto delle attività di verifical'impostazioni/grafica in una logica unitaria per lutti i POR. (corrispondenza mail allegata)	obietivo non valutabile	obiettivo non valutabile
	Miglioramento della qualità dell'assistenza	Controllo a campione delle carlelle cliniche riguardo la corretta compilazione per l'anno 2017 delle UUOO di Geriatria Riabilitazione Intensiva e Terapia del Dolore con apposita check list	controlli da effettuare nella misura del 10% sul totale annuo delle cartelle cliniche	report alla DS sui controlli effettuati sul campione del 10% entro il 31/12				15%	20%	stati 990, pertanto il 10% è ari a 99. quindi il grado di raggiungimento è 80/99 che è uguale	obiettivo raggiunto - la verifica della CC è stata fatta sui primi nove mesi dell'anno 2017 su un balae di 754 pz dimessi nella misura > del 10%, CC visionate n. 80. Per il restante trimestre non e stato possibile fare la verifica per le CC non sono presenti sulla procedura intranet" chek list cartella clinica" elenco estrazione allegata)	al 50% per la dirigenza, non	obiettivo raggiunto al 81% per la dirigenza, non valutabile per il comparto
	Sicurezza del paziente	aggiornamento del monitoraggio delle raccomandazioni ministeriali n. 1,3 (ad eccezione della parte chirurgica), 5, 7, 12, 13, 14 e 17 utilizzando le check list Agenas	Produzione di un report sul monibraggio	Invio del reportalla DS entro il 31/12/2017				20%	10%		obiettivo raggiunto - il monibraggio è stab eseguito con le schede previste dell'ACENAS trame la 14 perché il POR non sommistra antiblastici. La scheda 3 è stala compilata parzialmente, si identifica il Pz ma non il sito chi urugico per non presente nel POR. (schede allegate)	obietivo raggiunto al 70% per la dirigenza, non valutabile per il comparto	obiettivo non raggiunto per la dirigenza, non valutabile per il comparto
	Informatizzazione area sanitaria	Realizzazione di tutte le azioni necessarie all'attuazione dell'informatizzazione sanitaria dell'Istituto	nrogetto	partecipazione del 100% (operatori e giornate) al gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dai Coordinatori del progetto				10%	10%		obiettivo raggiunto - la parlecipazione del personale ha parlecipab ai corsi di formazione/addestramneto per l'informatizzazione sanitaria per come calendarizzati dall'istituto.	obietivo raggiunto	obietivo raggiunto
	Mantenimento Certificazione	Messa in campo di tutte le attività necessarie al raggiungimento dell'obiettivo	Valutazione positiva dell'ente certificatore	vedi indicatore				5%	20%		obiettivo raggiunto - la valutazione dell'Ente certificatore ha dato esito positivo	obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e s	stakeholder												
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produt	ttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%		obiettivo raggiunto - la procedura valutativa è stata completata con i colloqui finali e senza contradditori. Le schede in originali sono state trasmesse in Amministrazione Centrale.		

'R3611500 - SOC DIREZIONE MEDICA PRESIDI AN FE AP	Responsabile : L	dr.ssa David					BUDGET 2017						
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2º ISTANZA
Economico-													
finanziario Processi interni i	(in termini quantitativi. d	I li efficienza, appropriatezza e qualità)											\vdash
	1Vulnologia	Supervisione e validazione della procedura elaborata dal gruppo di lavoro	Procedura condivisa	Validazione da parte della DMPO del documento entro 30 gg. dall'invio da parte del gruppo di lavoro				10%	10%		Obiettivo non valutabile	obietivo non valutabile	obiettivo non valutabile
	2PIC	costluzione formalizzata del PIC team e definizione della procedura contenente, tra l'altro, i criteri di appropriatezza in collaborazione con Direzione Infermieristica, Chirurgia Vascolare, Anestesia e BO	predisposizione dei documenti per formalizzazione del PIC team con attuazione delle veriche e monitoraggio dell'applicazione della procedura	predisposizione del documento istruttorio entro il 31/10/2017 e avvio sistema di monitoraggio entro il 31/12/2017				10%	10%		vedi mail allegata	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3PDTA lctus	Coordinamento del gruppo di lavoro per la revisione del PDTA iclus	formalizzazione del nuovo PDTA entro il 31/12/2017	vedi indicatore				10%	10%		vedi mail allegata	obiettivo non raggiunto per la dirigenza e non valutabile per il comparto	obiettivo raggiunto
	4Cardiologia Riabilitativa Fermo	definizione criteri accesso alla Cardiologia Riabilitativa in condivisione con l'AV4	formalizzazione documento approvato da INRCA ed AV4 e monitoraggio applicazione effettiva	relazione finale sull'applicazione del documento in base alle verifiche stabilite				5%			obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Integrazione Inrca \ Aur (Osimo)	Afluazione del progetto di integrazione interaziendale secondo protocoli e modalità definite e concordate (vedi cronoprogramma DMPO)	avvio / prosecuzione delle attività secondo modalità concordate	rispetto del cronoprogramma revisionato nel maggio 2016 e predisposizione relazione di fine sperimentazione entro il 20 settembre				10%			obiettivo raggiunto	obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	6Certificazione	coordinamento attività propedeutiche alla verifica da parte dell'Ente di certificazione	attuazione percorsi formativi per referenti qualità, programmazioene ed attuazione delle verifiche ispettive interne	percorsi formativi effettivamente effettuati e verifiche ispettive interne effettivamente esguite nell UU.OO.				10%	20%		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Sviluppo sicurezza del paziente e gestione del rischio clinico	definizione del sistema di incident reporting	vedi azione	presentazione del documento istruttorio per adozione determina entro il 10/12/2017				10%	20%		vedi mail allegata	obiettivo raggiunto al 50% e non valutabile per il comparto	raggiunto al 50% e non valutabile per
	integrati per la demenza	Supervisione e validazione della procedura sui percorsi specifici per pazienti con demenza dall'ingresso fino alla dimissione con particolare riguardo al PPI	Produzione documento relativo al percorso per la gestione del delirium	Validazione da parte della DMPO del documento entro 30 gg. dall'invio da parte del gruppo di lavoro				10%	10%		il documento non è pervenuto	obietivo non valutabile	obiettivo non valutabile
	utenza e stakeholder												└
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione	i individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%				

R0100400 - PO SEGRETERIA DELLA DIREZIONE SCIENTIFICA				BUDG	ET 2017								
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIV O	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLL O DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2° ISTANZA
Economico-finanziario													
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Segreteria all'Organo Istituzionale CIV	Stesura e gestione dei verbali	n. verbali approvati	vedi indicatori					25%		Verbale n. 1 del 3 febbraio 2017 Verbale n. 2 del 3 marzo 2017 Verbale n. 3 del 24 m/zo 2017 Verbale n. 4 del 28 aprile 2017 Verbale n. 5 del 9 giugno 2017 Verbale n. 5 del 9 giugno 2017 Verbale n. 5 del 7 gilo 2017 Verbale n. 7 del 8 settembre 2017 Verbale n. 8 del 29 settembre 2017 Verbale n. 8 del 29 settembre 2017 Verbale 10 del 10 novembre 2017 Verbale 11 del 24 novembre 2017 Verbale 11 del 24 novembre 2017 Verbale 12 del 28 dicembre 2017	obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Coinvolgimento attività Direzione Scientifica e UOSD Ricerca, Innovazione e Trasferimento Tecnologico	Partecipazione alle riunioni verbalizzate della UO	Partecipazione ad almeno 6 riunioni	vedi indicatori					25%		Con la determina 291/DGEN del 9.11.2017 è stato approvabi în uvovo schema di organizzazione INRCA in obemperanza alla DGRM 1219/2014 e con successivo atb 143/DEN del 31 marzo 2017 sono siba altribuite le principali funzioni del CTR servizi direzionali All. Bi in cui afferisco la UOSD "Ricerca Innovazione e Trassferimento Tecnologico" - Unità Operativa che supporta il Direttore Scientifico nei processi e nelle procedure di programmazione, implementazione, monitoraggio e rendicontazione dell'attività di ricerca dell'Istitub. La Segreteria della Direzione Scientifica partecipa alle riunioni della UOSD RITT per condividene/aggiornare/leseguire le altività della Direzione Scientifica Di seguito sono riportale le date delle riunioni dello stati della UOSD RITT: 1)Riunione del 22 marzo 2017 - 2)Riunione del 4 aprile 2017 3)Riunione del 9 maggio 2017 - 4) Riunione del 13 agosto 2017 7)11 ottobro 2017 8) 24 ottobre 2017 9) 23 novembre 2017 I. verbali relativi alla partecipazione sono depositati presso la UOSD RITT	obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Gestione rapporti Ministero della satute - Worktlow della Ricerca	Caricamento flusso informativo richiesto	Rispetto delle scadenze	vedi indicatori					30%		Rendicontazione RC2017 (produzione 2016) Note Ministero Salute n.276 de 5 gennaio 2017 e n. 6350 del 2 marzo 2017 - 1. scadenza 10/2/2016 aggiornamento dei Ricercatori - si è provvedub nei termini alla rimozione o all'aggiunta dei nuovi ricercatori e adeguamento anagrafico obbligatorio per permettre al sistema SCIVAL di estrarre le pubblicazioni dei ricercatori dell'Istituto 2. scadenza 18/04/2016 - invio nei termini Rendicontazione Economica - Moduli RCPE 1 eRC-E2 3. seadenza 20/15/017 - invio nei termini perindicontazione scientifica RC 2016 e Programmazione RC2017 - Conto capitale 2016-2017 - sadenza 7/7/2017 - Invio nei termini peroposta IRCCS INRCA di Progetto YOUSE - Programmazione Triennale IRCCS INRCA 03.11.2017 La Segreteria provvede a controllare periodicamente le informazioni della piatatorima WFR per gii adempirmenti amministrativicontabili di compelenza (CUP - attestazioni di credito - Rimodulazioni budget progetti, ecc.)	obiettivo raggiunto	obietivo raggiumb
Prospettiva dell'utenza e stakeholder													
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produt	tívi, relazionali e organizzativi							20%				92

R0101000 - SEGRETERIA DELLA DIREZIONE				BUDGET 2017								
SETTORE	овієттічо	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIV O	di raggiu ngime nto	% LIVELLO DI RAGGIUNGIM ENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2º ISTANZA
Processi interni (in termini quantita	tivi, di efficienza, appropriatezza e qualità)					oniem						
	Prevenzione della corruzione e trasparenza	Rispetto e assolvimento di tutte le attività previste dal piano della trasparenza ed anticorruzione per la Segreteria della Direzione e dell'OIV	Aggiornamento e pubblicazione di tutte le informazioni richieste nel rispetto delle scadenze definite	pubblicazione				20%		L'aggiornamento e la pubblicazione di tutte le informazioni richieste con atto n. 18/DGEN del 31,01,2017è avvenuto nel rispetto delle scadenze definite (Allegato n. 1)	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
		Gestione della documentazione del QSM per l'area di competenza	Inserimento procedure QSM	Procedure QSM inserite				20%		L'inserimento delle procedure è stato effetuato con confinuità come attestato dalle notifiche di sistema. Si è provveduto inoltre alle convocazioni delle riunioni per conto del RAQ d'Isfluto e D'irettore Sanitario nonché alla raccolta della documentazione utile per la stesura del riesame della direzione. (Allegato n. 2)	obietlivo raggiunto	obietívo raggiunto
		Gestione della procedura per le convocazioni ed adempimenti successivi del Collegio di Direzione	predisposizione convocazione e verball del Collegio di Direzione	Trasmissione dellla convocazione, invio del verbale debitamente sottoscritto				20%		Le convocazioni sono state predisposte non appena avute notizia dalla Direzione in merito all'oggetto e data dell'indizione. I verbali sono stati predisposti in tempi congrui e rasmessi, previa debita sottoscrizione, in modo tempestivo (Allegato n. 3)	obietivo raggiunto	obietfivo raggiunto
Processi esterni (in termini quantit	Attivittà di aggiornamento dei modelli determine INRCA a seguito di nuove esigenze e/o circostanze	Aggionamento modelli determine scaricabili da Atti Web	stesura modelli determine dirigenti e DG	Mail di invio alla Regione Marche-Atti Web di richiesta di sostituzione dei modelli aggironati				20%		L'aggiornamento dei modelli di determine e la richiesta di sostituzione dei modelli aggiornati è stata adempiuta con celerità (Allegato n. 4)	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
0	lote de de la	Landa da antica de la constanta de la constant			<u> </u>	<u> </u>						1
iviluppo e innovazione dei proces	Scheda di valutazione individuale processi produtti	ıvı, relazionali e organizzativi			1	1	1	20%	l		1	1

'R0101100 - DPRO PROGETTAZIONE E SVILUPPO DEI SISTEMI INFORMATIVI E TELE	Responsabile : Dott.ssa Arzeni Direttore Dipartimento: Avv.Leonelli					BUDGET 2017							
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO Dirigenz A	PESO COMPART O	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZION E CdR		VALUTAZION E 2° ISTANZA
Economico-finanziario													
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)													
	Progetto Fascicolo Sanitario elettronico			Report entro il 31/12/2017				65%	75%		Obiettivo raggiunto. Vedi relazione allegata.	obiettievo raggiunto	obiettievo raggiunto
	Messa a regime nuova organizzazione aziendale	Interessate a della determina	Presentazione di una relazione puntuale validata dalla Direzione Amministrativa	entro il 15/01/2018				10%	5%		Obiettivo raggiunto. Vedi relazione allegata.	obiettievo raggiunto	obiettievo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder													
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individua	ale processi produttivi, relazionali e orga	anizzativi					25%	20%				

'R0101500 - SOC CONTROLLO DI Responsabile : GESTIONE, Direttore Dipar PROGRAMMAZIONE, FLUSSI INFORMATIVI

Responsabile : Dott Di Ruscio Direttore Dipartimento:

BUDGET 2017

1 LOGGI II W OKUMATIVI												
SETTORE	ОВІЕТТІVО	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)		PESO COMPART O	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2° ISTANZA
Economico-finanziario Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)												
	sottosoglia e soprasoglia comunitaria anni	Presentazione della determina di programmazione biennale entro il mese di dicembre 2017 insieme all'UO Acquisizione Beni, Servizi E Logistica	Approvazione della delarmina discussa con la Direzione e l'UO Acquisizione Beni, Servizi e Logistica	entro il 31/12/2017			20%			Il lavoro preparatorio relativo alla presentazione della citata Determina è stato fatto nei tempi giusti (vedi mail ALLEGATO1). Tuttavia il cambio di strategia da parte della Direzione ha fato leggermente silitare i tempi di approvazione della determina dei si realizzata in ogni caso nei primi giorni di gennaio (DGEN 1 del 18/01/2018 - ALLEGATO2) Pertanto OBIETTIVO RAGGIUNTO	Obietivo non raggiunto	Obiettivo raggiunto
		Analisi statistica delle schede di valutazione individuale anno 2016	Report alla Direzione Generale	entro il 30/09/2017			20%	30%		La relazione è stata inviata nella giornata del 29 settembre (vedi mail ALLEGATO 3) Pertanto OBIETTIVO RAGGIUNTO	obiettivo raggiunto	obietivo raggiunto
	Indicatori di processo per dipartimenti funzionali	Proposta di indicatori di processo per dipartimenti funzionali	Elaborazione di una proposta di indicatori	Entro il 31/12/2017			20%	25%		lale attività è legata alla nuova organizzazione la cui applicazione non è ancora definita. Si sono chiesti chiarimenti in tal senso alla direzione generale (vedi mail ALLEGATO 4) che ha deciso di spospendere l'obt. Pertanto OBIETTIVO NON VALUTABILE	obietivo non valutabile	obietivo non valutabile
	progetto App4Carers		fornitura di supporto scientifico tramite mali e produzione del report finale dell'intellectual output 1.	Vedi indicatore				15%		l'attività è stata svolta regolarmente secondo il piano di lavoro del progetto, come si evince dal Report Finale dell'output 1 inviato al coordinatore del progetto (ALLEGATO 5) Pertanto OBIETTIVO RAGGIUNTO	obiettivo raggiunto	obietivo raggiunto
	Messa a regime nuova organizzazione	Realizzazione / mantenimento di tutte le attività aziendali dell'UO di cui alia determina 143/2017 per le uu.co. Interessate e delle determine precedenti per quelle non interessate	Presentazione di una relazione	entro il 15/01/2018			15%	10%		L'alività è stata svolta. Si veda a tal proposito le mail scambiate con la Direzione Amministrativa (ALLEGATO 6) che relazionavano già ad agosto il passaggio di consegne della attività. La relazione finale riprende quanto già invisto in precdenza via mail unitamente alla proposta di riorganizzazione dei percorsi di approvazione dell'acquisizione delle risorse nell'ambito della ricerca (ALLEGATO 7)	obiettivo raggiunto	obietivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder												
												\top
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%				

FORMAZIONE ED
AGGIORNAMENT
Responsabile: Dott.ssa
FORMAZIONE ED
FERSONALE e Direttore Dipartimento:

	Direttore Dipartimento: Avv.Leonelli					BUDGET 2017							
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO Dirigenza	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2º ISTANZA
Economico-finanziario	i quantitativi, di efficienza, appropria	forms a qualità)											
	Attuazione Piano formativo Aziendale (PFA)	Supporb alle UU.OO. per stesura dei progetti in relazione ai percorsi formativi proposti in lase di analisi del fabbisogno formativo al fine di garantirne l'accreditamento entro i termini previsti dalla normativa ECM	% realizzazione	70%				15%	15%		si veda pag.4 del §Rapporto sulla Formazione INRCA 2017 (allegato) trasmesso alla Regione Marche con nola prot. N. 9935/2018	obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2 monitoraggio dell'attività formativa realizzata entro e fuori PFA	Analisi ed elaborazione dei dati analitici relativi ai singoli corsi realizzati	elaborazione e invio alla direzione aziendale e ai direttori di dipartimento di report periodici	n.4 report all'anno con cadenza trimestrale				5%	15%		si vedano la nota prot. N. 29680/2017 inviata alla Direzione e p.c. al CoGest e il rapporto sulla formazione INRCA 2017 (allegato)	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3 Trasparenza e Patto di integrità	Realizzazione pato di integrità in collaborazione con l'U.O. Acquisizione Beni e Servizi	presentazione alla Direzione Aziendale della bozza di determina	entro il 30/06/17				5%			si veda la determina n.219/DGEN del 09/06/2017 oggeto: patto di integrità e disposazioni in materia di prevenzione e repressione della corruzione e dell'integrità nella P.A. per le procedure bandi dall'INRCA per lavori, beni e servizi - approvazione	obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	4 Trasparenza e integrità		presentazione alla Direzione Aziendale della bozza di determina	entro il 30/11/17				5%			si veda la nota prot N. 32650/2017 del 29/11/2017 (allegata)inviata alla Direzione	obietlivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Implementazione sistema di rendicontazione delle attività di formazione	Rendicontazione attraverso le timbrature delle attività di formazione tra interna e esterna, obbligatoria e facolitativa e in orario istituzionale e straordinario, ecm e non ecm	Report alla Direzione sulla base dei dati al 30/09 rendicontati dalla Dapo e/o sulla base di rilevazioni consentite direttamente all'ufficio	entro 30/11/2017				10%	10%		si veda la nota prot. N. 32627/2017 del 29/11/2017 inviata alla Direzione e pc. al CoGest	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Ampliamento attività di formazione	Proposta di convenzione con la scuola di formazione Umbra	presentazione proposta	entro il 30/10/2017				10%	5%		si veda la nota prot. N. 29680/2017 del 29/11/2017 inviata alla Direzione e pc. al CoGest	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	PFA 2018	Fare almeno 3 proposte di sistema per la formazione in ambito di amministrazione	presentazione proposta	entro il 30/10/2017				5%	10%		si veda la nota prot. N. 29680/2017 del 29/11/2017 inviata alla Direzione e pc. al CoGest	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Prospettiva processi interni	Progettazione Nuovo Piano Triennale Azioni Positive 2017- 2019 - obiettivo da intendersi nell'ambito delle attività del CUG	Stesura ed approvazione del Piano Triennale Azioni Positive 2017-2019	Produzione entro il 2017 del Piano Triennale Azioni Positive 2017-2019				5%	5%		si veda la determina n.278/DGEN del 17/07/2017 oggetto: Presidi vari - approvazione piano triennale azioni positive 2017 - 2019	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Segnaletica Montagnola	Realizzazione del nuovo progetto	vedi azione	entro il 15/06/2017				5%	10%		si veda la COMUNICAZIONE MAIL DEL 14/06/2017 DELLA Dott.ssa Tregambe (allegata)	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Utilizzo dei social		presentazione e approvazione del regolamento da parte della Direzione	entro il 30/09				5%	5%		si veda la determina n.278/DGEN del 17/07/2017 oggetto: approvazione regolamento social media policy per l'utilizzo dei social network	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Messa a regime nuova organizzazione aziendale	Realizzazione / mantenimento di tutte le attività aziendali dell'UO di cui alla determina 143/2017 per le uu.oo. Interessate e delle determine precedenti per quelle non interessate	Presentazione di una relazione	entro il 15/01/2018				5%	5%		relativamemnte alle nuove funzioni attribuite alt'UO Formazione e Comunicazioneper effeto dell'applicazione della determina n.143/DGEN/2017, queste sono state acquisite ed impolementate operativemente fin dalla data dell'approvazione della determina. La piena operatività è stata realizzata sia tramite un passaggio di consegna dagli utilio cedenti sia con un atto di riorganizzazione interna la determina n.17/AFORM del 12/05/2017	obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto 86
Prospettiva dell'utenza e stakeholder													
standflUlUEf													
Sviluppo e innovazione	Scheda di valutazione individuale p	rocessi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%				

BUDGET 2017

TR0101800 - SOSI SERVIZIO DI Responsabile : Ing. Madeo PREVENZIONE E BUDGET 2017 Direttore Dipartimento: Avv.Leon PROTEZIONE E MEDICO % LIVELLO DI PESO DIRIGE AGGIUNGIMENTO AI TE CONTROLLO /ALUTAZIONE VALUTAZIO INDICATORE VALORE OBIETTIVO VALORE CONSUNTIVO raggiungimento SETTORE OBIETTIVO AZIONI PESO COMPARTO VALUTAZIONE CdR FINI DEL SISTEMA GESTIONE ISTANZA 2° ISTANZA NZA effettivi (valore %) PREMIANTE conomico-finanziario rocessi interni (in termini a uantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità pecifica formazione e informazione dei lavoratori, oltre a Effettuate 2 esercitazioni (23 febbraio e 6 novembre). Durante i corsi è stato illustrato il PEE implementato anto previsto dalla normativa vigente, che tiene conto Almeno due sessioni formative con degli scenari incidentali che potrebbero realizzarsi con scenari di emergenza riquardanti eventi sismici e altre calamità naturali notevoli. Per ognuna delle due dicazione delle risorse assorbite in citazioni per tutti gli scena I. Miglioramento della reattività e della sicurezza nell'ambiente di lavoro a seguito di evento sismico o altri edizioni del corso è stata effettuata come esercitazione una simulazione di emergenza alla quale hanno termini di H/uomo, diffusione dei contenuti incidentali identificati nel niano di 109 25% viettivo raggiunt caso di eventi calamitosi venti calamitosi. preso parte tutti i partecipanti. Sono allegati i 2 verbali delle esercitazioni, i report finali dei corsi di upplementari del PEE. ergenza (almeno due) Implementazione Piano di emergenza dell'azienda con aggiornamento che hanno impegnato un totale di 75 addetti per 8 ore ciascuno per un totale di 600 ore. E' erbali delle prove di emergenza agli atti il resto della documentazione relativa ai corsi tenuti. scenari di emergenza riguardanti eventi sismici e altre alamità naturali notevoli. Su indicazioni della Direzione Sanitaria, secuite ad una richiesta di rinegoziazione dell'obiettivo (mail del 21/9/2017) inizialmente previsto in ambito di Risk Management, si è proceduto a predisporre tonomamente una procedura "P04.IO03.SPP Gestione Near Miss" per la raccolta e l'analisi sistematica dei "quasi infortuni" che è stata inserita nel OSM (05/12/2017) e diffusa via email del 20/12/2017(allegata) a tutti i dirigenti ai fini prevenzionali e ai preposti con richiesta di sensibilizzare tutti i lavoratori alla segnalazione La procedura per i near miss è stata redatta in modo da essere complementare ad analoga procedura per la gestione degli infortuni e degli ademoimenti obbligatori verso INAII, già attivata e recentemente 2. Contribuire al miglioramento delle condizioni d Raccolta e analisi sistematica degli revisionata (P04.P003.SPP); questa prevede che a partire dai dati relativi all'infortunio trasmessi voro attraverso l'identificazione delle condizion infortuni e quasi infortuni avvenuti in mpestivamente dalla DAPO, dal Dirigente Responsabile e dal lavoratore infortunato, il SPPA possa laborazione di procedura per la raccolta e l'analisi che notrebbero portare ad un infortunio pur non ccasione di lavoro al proprio personale: Flaborazioni effettuate sui dati attivare un'istruttoria al fine di individuare le cause e pianificare le misure di miglioramento. Ad oggi questo istematica dei "quasi infortunio" - in collaborazione con i Servizio non ha ricevuto nessuna segnalazione di infortunio dopo la sua adozione dalla DAPO o schede avendolo determinato (near miss), sia per lividuazione e pianificazione delle raccolti per gli eventi accaduti Risk Management aziendale e altri uffici interessati (Oss. 159 20% iettivo raggiunt quanto riguarda i lavoratori che terzi (utenti, cessarie misure di miglioramento. nell'anno 2017 con pianificazio compilate dai lavoratori e dirigenti. In precedenza il SPP, in tutti i casi in cui ha ricevuto dall'INAIL raggiunto pidem, Uff Legale, ecc). Monitoraggio e Analisi degli lelle misure di miglioramento. comunicazioni di infortunio (pratiche evase), ha effettuato tempestivamente l'analisi dei casi onde individual appaltatori etc.), all'interno dei luoghi di lavoro. Eventuale procedura operativa per la gestione degli infortuni che tenga conto e redatto un'istruttoria contenente le informazioni reperite e le eventuali proposte di intervento per la Monitoraggio degli infortuni (riduzione del rischio, nisure miglioramento, riduzione premio INAIL). nche dei rapporti con INAIL. rimozione o limitazione dei rischi, assicurandosi presso gli uffici di competenza che gli interventi fossero stati La raccolta dei dati di infortuni e quasi infortuni occorsi nei presidi è stata formalizzata e resa sistematica attraverso procedure inserite in QSM, che richiede la partecipazione attiva da parte di tutti i lavoratori, informati e sensibilizzati sull'obbligo e l'utilità della segnalazione negli annuali corsi sulla sicurezza, e che ora hanno a disposizione uno strumento di facile utilizzo. Durante i corsi i partecipanti hanno compilato a titolo di esercitazione schede con inotetici scenari di quasi incidenti o riportando esperienze vissute direttamente Questa documentazione ha permesso di perfezionare la modulistica della IO nella versione attuale. A tale scopo sono stati richiesti agli uffici del Medico Competente delle varie sedi gli elenchi aggiornati dei lavoratori per i quali è presente una limitazione/prescrizione; a partire da questi elenchi sono state indicate alutazione di idonei profili di rischio per le varie mansio 100% delle prescrizioni 2017 e possibili ipotesi di ricollocazione da mettere a disposizione delle figure coinvolte in tali decisioni (DMP. . Atuazione nuovo Regolamento su idoneità funzione delle limitazioni/prescrizioni, in collaborazione nalisi dei casi. Formulazione di pareri 25% di quelle preesistenti come Dirigente Prof.Inferm., UO Amm.Ris.Um.). La classificazione renderà in futuro più immediata l'individuazion inidoneità: iter di ricollocazione dei dipendenti con il MC in modo da facilitare la ricollocazione del 15% 10% tecnici sulle proposte di ricollocazione pareri tecnici, e rilevazione del di utilizzo alternativo di lavoratori con limitazioni/prescrizioni previa rivalutazione dell'idoneità da parte del aggiunto pratore da parte delle figure coinvolte in tali decisioni on prescrizioni/limitazioni 100% degli atuali prescriti MC. I risultati ottenuti dall'elaborazione e le ipotesi di ricollocazione, per problemi legati alla privacy, sono (DMP, Dirigente Prof. Inferm., UO Amm Ris Umane). state inviate alla Direzione Generale con nota riservata (PROT n0035660 Ricollocazione Prescritti 28dic2017; allegata) unitamente ad una relazione sintetica. Riguardo alla corretta assegnazione della classe di rischio per i dipendenti INRCA, finalizzata all'aggiornamento della profilatura ai fini INAIL, è stata effettuata una ricognizione mediante la richiesta ai dirigenti responsabili di UOC di compilare e sottoscrivere una scheda. Tale strumento è stato elaborato dal SPP e condiviso con la UO Amministrazione Risorse Umane. Dall'analisi delle schede, pervenute solo da alcune UO nonostante i ripetuti solleciti, è possibile conferire un livello di rischio occupazionale per ogni singolo lavoratore/gruppo; in seguito a ciò si potrà proporre, prima della prossima scadenza di autoliquidazione, una rimodulazione dei premi assicurativi. Allo stato attuale sulla base di analisi preliminari si è ipotzzata la riprofilatura al rischio inferiore per 76 alla corretta assennazione classe di rischio ner tutti i avoratori, attualmente impiegati in ruoli amministrativo o assimilabili a rischio basso; solo per 21 di essi è lipendenti Inrca stato possibile avere conferma dalle schede compilate dal dirigente della loro LIOC. Per i restanti 55 - al presidio della modalità di determinazione del premio Messa a regime delle funzioni Inail elazione a fine anno vedi indicatore 209 lavoratori non sono pervenute schede di conferma da parte del dirigente responsabile e non resta che iettivo raggiunt raggiunto confermare, a titolo cautelativo il profilo di rischio assegnato. Si è provveduto ad inoltrare l'elenco dei alla denuncia infortuni lavoratori con proposta di variazione del proflo assigurativo agli Uffici competenti in merito ai fini della all'attivazione percorso richiesta di rimborso infortuni rideterminazione del premio (vedi nota allegata; PROT n0035663 Rivalutazione Profii INAIL 28dic2017). causato da terzi Al fine della corretta gestione degli infortuni e degli adempimenti obbligatori verso INAIL, il SPPA, in collaborazione con le DAPO/ARU, ha elaborato ed adottato la P04.P003.SPP (recentemente revisionata) che descrive tutte le fasi ed attribuisce specifiche responsabilità nei vari percorsi, compresa l'attiva collaborazione del lavoratore infortunato e del Responsabile della LIO interessata. Nella stessa procedura sono indicate le responsabilità conferite alle DAPO/ARU e alle DMP per l'adempimento delle quali i soggetti ndividuati sono stati accreditati per l'inserimento delle denuncie d'infortunio con modalità informatica sul Portale INAII II SPP si è reso disponibile e collabora col CUG all'elaborazione del Piano per le Azioni Positive 2017-2019 L'Istituto ha aderito alla rete WHP (Workplace Health Promotion) della Regione Marche; le attività di miglioramento svolte in tale ambito indirizzano il Piano e ne rappresentano parte importante. Questo Servizi zione Nuovo Piano Triennale Azioni Positive 2017-2019 - obiettivo da intendersi nell'ambito delle attività ha partecipato all'incontro preliminare del 19/10/2017 con operatori del Dipartimento di Prevenzione Prospettiva processi interni 109 Triennale Azioni Positive 2017-2019 competente per Ancona per l'esplicazione dei contenuti del percorso e per un sostegno metodologico raggiunto del CUG all'attivazione dei progetti scelti (Aree d'intervento potranno essere quelle dell'attività fisica, della corretta limentazione, ed altre). Dall'incontro (verbale allegato) è stata elaborata la proposta delle azioni positive per il 2018, formalizzate come previsto dal programma mediante la compilazione della Scheda IV (allegata 87 azione / mantenimento di tutte le attività azienda Il SPPA ha recepito ed organizzato le proprie attività secondo quanto alla determina 143/2017 che sono dell'UO di cui alla determina 143/2017 per le uu.oo. lessa a regime nuova organizzazione ntro il 15/01/2018 esentazione di una relazione state oggetto di una relazione inviata al Direttore del Dipartmento di Staff con nota PROT n 0000818 Rel eressate e delle determine precedenti per quelle non aggiunto obt2017 -10gen2018 (allegata). Prospettiva dell'utenza e stakeholder Sviluppo e innovazione dei 25% processi produttivi e Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi

'R0102000 - SOS UFFICIO PER LA RICERCA, L'INNOVAZIONE ED IL TRASFERIMENTO	Responsabile : Dott.ssa Bustacchini Direttore Dipartimento: Avv.Leonelli
--	---

BUDGET 2017

TRASFERIMENTO TECNOLOGICO	Avv.Leonelli												
SETTORE	ОВІЕТТІVО	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2º ISTANZA
Economico-finanziario	quantitativi, di efficienza, appropri	oform a qualità)											
	informatizzazione area sanilaria		parlecipazione ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione laddestramento promoss i e calendarizzat dai Coordinatori del progetto	partecipazione del 100% (operatori e giornate) ai gruppi di lavoro e alle giornate di formazione/addestramento promossi e calendarizzati dal Coordinatori del progetto				10%	5%		Progettazione e organizzazione dei Corsi di Gestione di Gestione informatizzata dei processi ospedalieri di ricovero, dimissione e gestione SDO Partecipazione al gruppo di lavoro di coordinamento del Progetto Membro della Commissione di Collaudo del Sistema	obietivo raggiunto	obiettvo raggiunto
	Messa a regime nuova organizzazione aziendale	Realizzazione / manlenimento di tutle le attività aziendali dell'IO di cui alla determina 143/2017 per le uu.oo. Interessate e delle determine precedenti per quelle non interessate	Presentazione di una relazione	entro il 15/01/2018				10%	5%		Relazione presentata il 12/1/2018	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e sta	akeholder												
	RICERCA A PROGETTO	Supporto metodologico alla stesura e gestione di progetti di ricerca	Attività di implementazione per almeno due progetti nel corso del 2017	Almeno 3 verbali relativi alle attività svolte				10%	10%		Verbali con aggiornamento sistematico sull'implementazione dei progetti + documento di aggiornamento globale 2017 sull'attività a progetto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	RICERCA CLINICA	Definizione piano di sviluppo del CTO a supporto del potenziamento dell'attività per studi e sperimentazioni cliniche	Presentazione piano entro dicembre 2017	Vedi indicatore				10%	10%		Piano presentato il 22 dicembre 2017	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	RICERCA TRASLAZIONALE	Definizione ed implementazione di un piano di condivisione e gestione dei dati per il progetto Report/Age (in collaborazione con UOSD Modelli assistenziali e nuove tecnologie)	Definizione del piano ed avvio di almeno un attività collegata	Plano presentato entro settembre 2017 ed avvio di un iniziativa entro dicembre 2017				10%	15%		Piano presentato il 29 settembre 2017 Attività svolta di predisposizione e pubblicazione di un regolamento per l'utilizzo dei dati	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
1	PERCORSO DI VALORIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' DI BIBLIOTECA SCIENTIFICA	Miglioramento della fruibilià dei servizi offerti dalla Biblioleca Scientifica e creazione link di accesso da remoto	Attivazione procedura di accesso da remoto nel corso del 2017	Vedi indicatore				5%	15%		Procedura di accesso remoto attiva e verificata con Sistemi Informativi	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	PROGETTO "SIGILLO QUALITA' "	Definizione piano di formazione sullo Standard per l'accreditamento all'eccellenza di strutture residenziali per anziani	Presentazione documento entro giugno 2017	Vedi indicatore				5%	10%		Piano presentato il 23 giugno 2017	obiettivo raggiunto	raggiunio
I	PRODUZIONE SCIENTIFICA	Pubblicazioni scientifiche	Punteggio Impact Factor	15,00				15%	10%		35	obiettivo raggiunto	obiettvo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale	e processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%				

OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO	Responsabile : Dr.ssa Norma Barbini Direttore Dipartimento: avv. Leonelli					BUDGET 2017					
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZION E 2° ISTANZA
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Gestione dei progetti finanziati		Corretta gestione degli outcome	Produzione dei documenti e report analifici secondo le fasi progettuali previste				75%		Nel corso del 2017 sono state predisposte tutte le azioni per la gestione del progetto europeo STARS . Pertanto c'è statu una corretta gestione degli outcomes previsti, con la produzione dei documenti e dei report analitici secondo il planning di progetto. Si veda documentazione allegata.	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi								25%			
IL RESPONSABILE									IL VALU	JTATORE DI 1º ISTANZA	
II COORDINATORE DEGLI STAFF									IL RESPONSABIL	.E DI C.D.R. (PER PRESA VISIONE)	
IL DIRETTORE GENERALE											

R0102300 - SOSD SCUOLA DI ALTA FORMAZIONE	Responsabile : Dr. ssa Lorena Rossi Direttore Dipartimento: avv. Leonelli					BUDGET 2017						
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE		PESO COMPARTO	E CdR		VALUTAZION E 2° ISTANZA
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Percorsi di formazione	Analisi fabbisogni formativi e progettazione prcorsi per la direzione strategica che impattano sull'istituto	Bozza di progetto	Report presentato alla direzione strategica				75%	80%	di progetta formativo per ie attività startegiche legate all'implement	objettivo raggijinto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione ii	ndividuale processi prod	uttivi, relazionali e organizzat	ivi				25%	20%			

'R0102500 - SOSD MODELLI ASSISTENZIALI E NUOVE TECNOLOGIE	Responsabile : Ing. Rossi Direttore Dipartimento: Avv.Leonelli				In	g. Rossi							
SETTORE	овієттічо	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario													
Processi interni (in termini quantitativi, di e	ficienza, appropriatezza e qualità)												
Prospettiva dell'utenza e stakeholder													
	Produzione scientifica	Incremento della produzione scientifica	Punteggio IF	Almeno 12 punti di I.F.	24	100	100	20%	20%		4 publicazioni con impact factor nel 2017	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Percorso di Valorizzazione dei	Ricognizione degli asset valorizzabili Partecipazione al gruppo di lavoro del ministero. Proposta di gruppo di tavoro interaziendale	Report finale	Report presentato alla direzione entro dicembre 2017				20%	20%		Partscipazione alle riunioni del gruppo ministeriale e all'eventodi giugno 2017. Contributo all'organizzazione da parte del gruppo di lavoro di un evento formativo per ricercatori a livello nazionale. Implementazione ricognizione degli asset valorizzabili e report alla direzione.	obietlivo raggiunto	obiethvo raggiunto
	Ricerca a progetto	Supporto metodologico alle attività di progettazione	Numero progetti presentati in cui è stata realizzata la collaborazione	Report di almeno 3 progetti				20%	20%		Collaborazione ad almeno 3 progetti. Rapporto presentato alla direzione	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Ricerca a progetto		Definizione del piano ed avvio di almeno un attività collegata	Plano presentato entro settebre 2017 ed avvio di un iniziativa entro dicembre				15%	20%		Il piano di condivisione e gestione dei dati per il progetto ReportAge è stato presentato nei tempi previsti. Predisposizione e pubblicazione di un regolamento per l'utilizzo dei dati.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale p	processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%				

AFFARI LEGALI E	Responsabile : Avv. Leonelli Direttore Dipartimento: Avv.Leonelli				BU	DGET 2017							
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2° ISTANZA
Economico-finanziario													
Processi interni (in termini qu	antitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)												
	Aggiornamento regolamento sulla privacy	Elaborazione lesto e procedure	Predisposizione documento	Invio al Collegio di Direzione della bozza di regolamento entro il 30/09/2017				15%			Il regolamento è stato inviato il 11.09.2017 con nota prot n. 24496 al Collegio di Direzione per la dovuta approvazione. Con determina n. 414/DGEN del 27.12.2017 è stato approvato il nuovo regolamento.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Pubblicazione sul sito dei dati relativi a tuti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio	Censimento dei dafi necessari	Predisposizione report	Pubblicazione nei modi e termini di cui all'emananda legge sulle responsabilità sanitarie				15%	15%		Ad oggi non è stato pubblicato alcun decreto attuativo, l'utificio tuttavia è pronto alla pubblicazione ma la Direzione con la mail del 19 dicembre 2017 ha ritenuto di dover attendere.	obietlivo non valutabile	obiettivo non valutabile
	3) Temporizzazione attività del CO.VA.SI	Predisposizione procedura	Predisposizione e aggiornamento regolamento	Invio al Collegio di Direzione della bozza di regolamento e approvazione con Determina entro il 30/06/2017				15%	15%		Il nuovo regolamento è stato approvato con determina n. 237/DGEN del 21.06.2017	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	4) Reportistica richiesta di risarcimento	Rilavazione di tutte le richieste di risarcimento a decorrere dal 01.01.2017	Predisposizione report	Invio semestrale al DS				10%	25%		Report inviato con nota prot. n. 18197/2017 - ML e nota prot. n. 148/2018	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5) Feeldbak ai sanitari sull'andamento sinistri	Classificazione sinistri in base alle aree di accadimento	Predisposizione reportistica	Invio semestrale al DS				10%	20%		Report inviato con nota prot n. 18197/2017 - ML e nota prot. n. 148/2018	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Messa a regime nuova organizzazione aziendale	Realizzazione / mantenimento di tutte le attività aziendali dell'UO di cui alla determina 143/2017 per le uu.oo. Interessate e delle determine precedenti per quelle non interessate	Presentazione di una relazione	entro il 15/01/2018				10%	5%		E' stata inviata apposita relazione con nota prot. n. 1294/2018-ML del 15.01.2018	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stak	eholder												
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi pro	duttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%				

R0103300 - DIPARTIMEN		
то	Responsabile : Dr. Marinelli	BUDGET 2017
PROFESSION		
I SANITARIE		

SETTORE	OBIETTIVO AZIONI i (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)		INDICATORE VALORE		VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZION E CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2º ISTANZA
Processi interni (in	n termini quantitativi, di efficienza, appropriate	zza e qualità)											
	Espletamento concorso INRCA per Collaboratore Professionale Sanitartio Infermiere	Avvio delle procedure di espletamento del concorso per le sedi INRCA Italia	procedure concorsuali avviate e fasi concorsuali avviate	Prova di preselezione, prova scritta, prova pratica espletate				15%			obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Sorveglianza intezioni correlate	assistenziali di Residenza Dorica e R.S.R. treia in	Applicazione del protocollo di riferimento dello studio PPS Europeo HALT- 3 ECDC PPS nelle strutture extraospedaliere	Indagine di prevalena condotta nei termini e caricamento dati completato				15%			obietivo raggiunto	Inhiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Informatizzazione documentazione Produzione in collaborazione con la DMO delle schede di riferimento per la documentaione assistenziale		Redazione e e definizione di schede assistenziali relative a pianificazione, attuazione e valutazione degli interventi assistenziali.	Schede di riferimento assistenziale relative a pianificazione, attuazione e valutazione prodotte per la documentazione informatizzata.				15%			obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Concorso Oss	Predisposizione del bando e del piano attuativo per la realizzazione del concorso Oss	vedi azione	entro il 30/10				10%			obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Definizione del fabbisogno risorse umane Rilevazione del fabbisogno infermieristico e Oss a seguito della negoziazione di budget		Predisposizione dei dati necessari al completamento delle schede di budget in termini di risorse umane infermieristiche e socio assistenziali e formalizzazione di un quadro di riepilogo	entro il 15/07				10%			obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento qualità dell'assistenza	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	1 indagine nel II semestre 2017	vedi indicatore				10%			obietivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi esterni (i	in termini quantitativi, di efficienza, appropriat	ezza e qualità)											
Sviluppo e innovaz	z Scheda di valutazione individuale processi p	oroduttivi, relazionali e organizzativi			1		25%	20%					

'R0103200 - SOSD AREA DELLA FISICA SANITARIA E DELLA PIANIFICAZIONE E GE	Respon	ssabile : Dr. Spiga	BUDGET 2017 Livello di %, LiveLLO DI											
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	RAGGIUNGIMENTO AI		PESO COMPARTO	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION E 2° ISTANZA	
Economico-finanziario														
Processi interni (in termini quantit	ativi, di efficienza, appropriatezza e q	ualità)												
	Adeguamento Linee Guida GU 261 del 09/11/2015	Analisi protocolli esame utilizzati e dosi erogate in ciascuna apparecchiatura	N° macchine verificate per POR	100%				30%			Si veda relazione allegata	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
			Predisposizione documento da presentare al Board	Predisposizione elenco semestrale richieste ricevute				15%			Si veda relazione allegata	objettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Sicurezza delle apparecchiature	Monitoraggio dell'implementazione della raccomandazione minisleriale n. 9 sulla sicurezza dell'apparecchiature utilizzando la check list agenas	Report sul monitoraggio dell'implementazione	invio del report alla DS entro 31/12/2017				30%			Si veda relazione allegata	obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto	
Prospettiva dell'utenza e stakehol	der													
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale pre	ocessi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%					

Descrizione Obiettivo	Peso Obiettivo	Risorse Umane	Risorse Finanziarie	Indicatori	Peso Indicatori	Target	Valore Consuntivo Indicatori	Grado di Raggiungimento Obiettivo (valore compreso tra 0 e 100%)
AreaIRCCS-Produzione Scientifica	diversificato a seconda delle diverse UUOO			IFM	diversificato a seconda delle diverse UUOO	462	602,9	130,50%
AreaIRCCS-Ricerca corrente	diversificato a seconda delle diverse UUOO			partecipazione a trial clinici	diversificato a seconda delle diverse UUOO	20	23	115,00%
AreaIRCCS-Capacità di attrarre risorse	diversificato a seconda delle diverse UUOO			Ottenimento di finanziamenti per partecipazione a bandi di ricerca a progetto	diversificato a seconda delle diverse UUOO	280.000,00	291.623,10	104,15%
Sviluppo nuove tecnologie per progetti di tecnoassistenza (sviluppo di attività e progetti di telemedicina)				Ottenimento finanziamento specifico a livello regionale per realizzazione progetti		vedi indicatore	DGRM 1250/2017	100%
implementazione e allo sviluppo del nuovo software di gestione dell'area sanitaria, imprescindibile strumento per l'ampliamento delle conoscenze aziendali	diversificato a seconda delle diverse UUOO			avvio del sw di area sanitaria entro l'anno 2018	diversificato a seconda delle diverse UUOO	vedi indicatore	Nuovo sw avviato	100%
obiettivi volti all'incremento di produzione per riduzione della mobilità passiva (incremento ricoveri chirurgici alta complessità	diversificato a seconda delle diverse UUOO			DRG 110, 111, 149, 303, 515, 569, 570	diversificato a seconda delle diverse UUOO	+7,8% rispetto al 2016	7,80%	100%
Coordinamento delle attività di gestione in tutti i presidi dell'istituto sia regionali che extra regionali				presentazione di un progetto teso alla gestione centralizzata delle attività amministrative dei diversi Presidi Ospedalieri con assegnazione di tutte le risorse umane		vedi indicatore	Non realizzato per modifica orientamento aziendale a seguito di processo di integrazione con Osimo	
Completamento percorso di riorganizzazione in atto inerente la modifica dell'atto aziendale e il riassetto degli incarichi	diversificato a seconda delle diverse UUOO			Completamento del percorso di conferimento degli incarichi dirigenziali sulla base del nuovo assetto organizzativo	diversificato a seconda delle diverse UUOO	vedi indicatore	Mancato completamento di tutti i percorsi di conferimento degli incarichi dirigenziali	60%
Valorizzazione patrimonio aziendale	diversificato a seconda delle diverse UUOO			Documento di analisi e proposta per la valorizzazione del patrimonio aziendale	diversificato a seconda delle diverse UUOO	vedi indicatore	Proposta presentata in data 09/11/2017 (protocollo 30615)	100%

Allegato 3: Tabella documenti del ciclo di gestione della performance

Documento	Data di approvazione	Data di pubblicazione	Data ultimo aggiornamento	Link documento
Sistema di misurazione e valutazione della <i>performance</i>	DGEN 17 del 31/01/2017	31/01/2017	DGEN 320 del 13/09/2017	http://www.inrca.it/inrca/files/TRASPARENZA/ PERFORMANCE/PIANO/320%20DGEN%202017% 20CicloDellaPerformance%20.pdf
Piano della performance	DGEN 17 del 31/01/2017	31/01/2017	DGEN 320 del 13/09/2017	http://www.inrca.it/inrca/files/TRASPARENZA/ PERFORMANCE/PIANO/320%20DGEN%202017% 20CicloDellaPerformance%20.pdf
Programma triennale per la trasparenza e l'integrità	DGEN 18 del 31/01/2017	31/01/2017		http://www.inrca.it/inrca/files/TRASPARENZA/ DISPOSIZIONI GENERALI/PROGRAMMA TRASP ARENZA INTEGRITA/DET%20N 18%20DGEN%20 2017%20D.pdf
Standard di qualità dei servizi				