



RELAZIONE SULLE PERFORMANCE - ANNO 2018

INDICE

1	Premessa	3
2	Contesto esterno di riferimento	4
3	L'istituto	5
4	Sintesi dei risultati raggiunti a livello complessivo.....	7
5	Albero delle performance, obiettivi strategici, obiettivi e piani operativi, obiettivi individuali	26
6	I risultati raggiunti a livello di unità operative	30
7	I risultati raggiunti nella performance individuale.....	32
8	Risultati in materia di trasparenza amministrativa.....	34
9	Pari opportunità e bilancio di genere.....	35
10	Il processo di redazione della Relazione sulla performance	36
11	ALLEGATO N. 1 – Risultati per UU.OO.....	37
12	Allegato 2: Tabella Obiettivi strategici	106
13	Allegato 3: Tabella documenti del ciclo di gestione della performance	107

1 Premessa

Il piano delle performance aziendali di cui alla determina del Direttore Generale n. 14/2018 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 2018.

A tal proposito il Piano delle Performance 2018 approvato con Determina DGEN 14/2018 è stato successivamente integrato con DGEN 419/2018. Con tale documento sono stati individuati ed assegnati gli obiettivi alle strutture aziendali.

Il piano delle performance anno 2018 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.

2 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. Nel rispetto del suddetto quadro, l'esercizio 2018 ha rappresentato per la Direzione dell'Istituto un anno estremamente importante, rendendosi protagonista di significativi cambiamenti, operanti sul versante istituzionale che avranno impatto anche negli esercizi successivi.

Si riportano di seguito i fatti più significativi:

- ✓ Si è concluso con la Regione Calabria il percorso per la transazione relativa alle posizioni creditorie dell'Inrca iscritte nei confronti della Regione Calabria al 31/12/2012. In data 24/05/2018 infatti la Regione Calabria ha emanato il DCA n.118 con il quale ha preso atto dello schema di accordo transattivo tra Regione Marche, INRCA e Regione Calabria.

Il suddetto accordo è stato recepito dalla Regione Marche con DGR n.731/2018 e dall'Inrca con Det. n. 175/DGEN/2018.

In data 01/08/2018 la Regione Calabria ha emanato il decreto di liquidazione n. 8591/2018, dando così esecuzione all'accordo transattivo tra Regione Marche, Inrcae Regione Calabria di cui al DCA n. 118/2018.

Il Piano di sviluppo e razionalizzazione è già stato presentato in una prima versione il 18/10/2018 e, in una seconda versione aggiornata dopo approfondimenti e interlocuzioni in data 13/12/2018, alla Regione Marche per una prima analisi prima dell'invio alla Regione Calabria.

- ✓ Si sono consolidati i rapporti con la Regione Lombardia tradottisi in un accordo di sistema tra Regione Marche e Regione Lombardia; accordo che si è rivelato molto positivo per il presidio di Casatenovo in quanto lo stesso è stato equiparato alle altre aziende del sistema sanitario regionale lombardo in termini di inserimento nelle attività di programmazione e progettualità sanitaria della Regione Lombardia, pur rimanendo sospesa la questione relativa all'approvazione dei Bilanci Preventivi e Consuntivi relativi al suddetto sezionale nelle more della formalizzazione degli accordi interregionali.
- ✓ Si sono insediati i nuovi membri del Consiglio di Indirizzo e Verifica il cui mandato è quinquennale.

Sul versante gestionale, per la parte sanitaria-assistenziale, si segnala soprattutto la fusione per incorporazione del Presidio di Osimo in attuazione della DGR Marche n. 1721/2018 e s.m.i., l'avvio delle attività necessarie per gli spostamenti logistici delle attività per acuti di Geriatria di Fermo presso l'Ospedale dell'Asur AV4 e di Pneumologia per Acuti di Casatenovo presso l'Ospedale di Merate (quest'ultima effettivamente avvenuta il 4 febbraio 2019).

Per la parte dell'attività di ricerca si segnalano i risultati conseguiti nel campo della domotica e dell'area socio economica rivolta all'anziano, come testimoniato dai molteplici progetti di ricerca scientifica finanziati in questo settore nel corso del 2018.

- ✓ Con la Regione Sardegna, il cui presidio è stato dismesso a fine anno 2011, prosegue l'iter giudiziario a suo tempo avviato stante la dichiarata volontà della Regione Sardegna di non transigere con l'Istituto.

3 L'istituto

Il bilancio per l'esercizio 2018 dell'Istituto presenta una perdita complessiva di -2.246.960,83 € 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 2018:

a) Valore della produzione	Euro	105.587.835,92	+
b) Costi della produzione	Euro	104.474.575,09	-
c) Proventi ed oneri finanziari	Euro	49.434,06	-
d) Rettifica di valore att. Finanz.	Euro	===	
e) Proventi ed oneri straordinari	Euro	776.214,3	+
f) Irap e imposte e tasse	Euro	4.087.000,9	-

PERDITA D'ESERCIZIO	Euro	2.246.960,83	-
		=====	

Dal punto di vista meramente contabile si espongono i risultati economici dei vari sezionali che compongono il Bilancio d'Esercizio 2018:

- Il sezionale della Regione Marche presenta il pareggio di bilancio come da disposizioni contenute nella DRG Marche n. 563 del 16/05/2019 per la redazione del Bilancio d'esercizio 2018 degli Enti del SSR e per l'attuazione del Decreto Legislativo n. 118 del 23/06/2011 e s.m.i.”;
 - Il sezionale del Por di Casatenovo presenta il pareggio di bilancio considerando che per la sua redazione si è tenuto conto dei valori assegnati con il Decreto Regione Lombardia n. 6245 del 07/05/19 e delle linee guida contabili e tecniche inviate dalla Regione Lombardia con nota prot. A1.2019.0175399 del 03/05/2019. Si fa presente inoltre che i modelli contenenti il bilancio sezionale del Presidio di Casatenovo, adottato con Det. n.162/DGEN/2019, in ottemperanza a quanto richiesto dalla Regione Lombardia con la nota sopra citata, sono stati inseriti in data 15/05/2019 nel Portale SCRIBA e secondo gli schemi previsti dalle linee guida regionali;
 - Il sezionale del Por di Cosenza è invece in perdita tenendo conto del DCA Regione Calabria n. 62/2019 “Riparto del Fondo Sanitario Regionale a destinazione indistinta e vincolata anno 2018, ai sensi dell'art. 2 comma 2-sexies lett. d), del D.Lgs.502/92 e successive modificazioni ed integrazioni”.
- Nello specifico il suddetto bilancio sezionale registra un incremento della perdita rispetto al 2017 (2.247 mila € contro 1.177 mila € del 2017).

Tale peggioramento è interamente dovuto ad una forte diminuzione delle assegnazioni regionali stanziare in sede di chiusura del bilancio 2018 che è, solo in parte, compensata da una diminuzione dei costi per il costante percorso di razionalizzazione avviato già da diversi anni

Rispetto a questa dinamica si segnalano due aspetti fondamentali. Da una parte la conclusione dell'accordo transattivo tra Regioni Marche e Calabria di cui si è già detto sopra e che è prodromico alla realizzazione di un piano industriale teso alla razionalizzazione e allo sviluppo del presidio. Dall'altra parte l'intenzione della regione Calabria, confermata ulteriormente da quanto sancito dai contenuti dell'accordo siglato nel 2018, di provvedere alla copertura delle perdite del Presidio di Cosenza, al pari delle altre aziende del SSR Calabrese, con appositi decreti. Ad oggi sono state decretate le coperture delle perdite fino all'esercizio 2016

Va inoltre segnalato che, a seguito della conclusione dell'accordo transattivo di cui sopra e dell'incasso della prima tranche dell'accordo per 16,5 mln di euro avvenuto in data 08/08/2018, l'Inrca ha proceduto alla rinuncia del contenzioso pendente con la Regione Calabria. In particolare il suddetto contenzioso riguardava:

- causa avanti al Tribunale civile di Catanzaro R.G. n. 1737/2013 dichiarata estinta il 05.02.2019;

- l'appello pendente avanti alla Corte d'appello di Ancona tra Inrca e Regione Calabria r.g.a. n. 762/2013 dichiarato estinto in data 11/12/2018.

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

	Presidi Marche	di cui POR Ancona	di cui POR Fermo	di cui PO Appignano e Residenza Dorica	di cui Po Osimo	POR Casatenovo	POR Cosenza	Polo Scientifico e Tecnologico	Area Amministrativa di supporto	TOTALE INRCA
TOT - Totale Qualifiche	821,4	512,1	90,9	25,4	193,0	83,9	89,5	20,4	97,0	1.112,3
RS - Tot Ruolo Sanitario	653,5	416,2	71,5	15,0	150,7	52,7	72,9	13,4	14,3	806,8
SDM - Tot Dirigenza Sanitaria Medica	153,7	101,0	15,6	2,0	35,1	10,9	17,2	1,9	2,0	185,8
SDNM - Tot Dirigenza Sanitaria non Medica	19,6	14,6	1,0	-	4,0	1,0	1,0	8,5	7,8	37,9
SC - Tot Comparto Sanitario	480,1	300,6	54,9	13,0	111,6	40,8	54,8	2,9	4,5	583,1
RP - Tot Ruolo Professionale	-	-	-	-	-	-	-	-	3,0	3,0
PD - Tot Dirigenza Professionale	-	-	-	-	-	-	-	-	3,0	3,0
PC - Tot Comparto Professionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RT - Tot Ruolo Tecnico	142,4	77,6	17,4	9,4	38,0	23,0	10,2	6,0	15,5	197,1
TD - Tot Dirigenza Tecnico	1,0	-	1,0	-	-	-	-	4,0	4,1	9,1
TC - Tot Comparto Tecnico	141,4	77,6	16,4	9,4	38,0	23,0	10,2	2,0	11,4	188,0
RA - Tot Ruolo Amministrativo	25,6	18,3	2,0	1,0	4,3	8,3	6,3	1,0	64,2	105,3
AD - Tot Dirigenza Amministrativa	0,9	0,9	-	-	-	-	1,0	-	5,1	7,0
CA - Tot Comparto Amministrativo	24,7	17,4	2,0	1,0	4,3	8,3	5,3	1,0	59,1	98,3

4 Sintesi dei 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 2018 e 2017.

Attività di ricovero

TOTALE INRCA			
Indicatori di produttività - Attività di ricovero	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2018 INRCA VECCHIO PERIMETRO (senza Osimo)
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo	Consuntivo
POSTI LETTO Degenza Ordinaria	311	369	307
Numero Ricoveri Degenza Ordinaria	8.360	10.028	8.078
GG Degenza Ordinaria	101.427	117.671	101.559
VALORE Degenza Ordinaria	33.394.356	39.828.191	33.666.856
DRG Medio Degenza Ordinaria	3.995	3.972	4.168
Tasso di occupazione pl	91%	89%	92%
POSTI LETTO Degenza breve	4	11	-
Numero Ricoveri in Degenza breve	946	1.206	598
GG degenza breve	1.981	2.130	1.363
VALORE Degenza breve	893.244	1.418.643	577.273
VALORE MEDIO AD ACCESSO	451	666	424
VALORE COMPLESSIVO ATTIVITA' OSPEDALIERA	34.287.600	41.246.834	34.244.129
Indicatori di produttività - Attività residenziale	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2018
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo	Consuntivo
gg degenza erogate	15.807	15.266	15.266
Valore produzione erogata	2.433.026	2.363.183	2.363.183
Indicatori di produttività - Attività semiresidenziale	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2018
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo	Consuntivo
gg degenza erogate	2.619	2.480	2.480
Valore produzione erogata	151.902	143.840	143.840
Indicatori di produttività - Attività ambulatoriale	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2018
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo	Consuntivo
N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI ESTERNE	919.335	1.185.529	920.969
VALORE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	14.719.503	17.531.004	14.408.415
TOTALE VALORE LORDO DELLA PRODUZIONE EROGATA	51.592.030	61.284.861	51.159.568

L'attività di ricovero, complessivamente intesa (Degenza ordinaria, day hospital e day surgery), è in leggero decremento quantitativo mentre a livello valoriale è in incremento. 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 2017	Anno 2018
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo
POSTI LETTO Degenza Ordinaria	153,00	159,13
Numero Ricoveri Degenza Ordinaria	4.760	4.808
GG Degenza Ordinaria	51.259	52.919
Tasso Occupazione PL Degenza Ordinaria	91,8%	91,1%
VALORE Degenza Ordinaria	20.180.864	20.986.235
DRG Medio Degenza Ordinaria	4.240	4.365
Degenza media DO	10,77	11,01
POSTI LETTO DH	4,0	4,0
Numero Ricoveri in DH	857	598
GG DH	1.892	1.363
Tasso Occupazione PL in DH	94,6%	68,2%
VALORE DH	718.483	577.273
VALORE MEDIO AD ACCESSO	380	424
DRG Medio DH	838	965
Degenza Media DH	2	2
Numero Ricoveri in DS	89	0
GG DS	89	0
VALORE DS	174.761	0
DRG Medio DS	1.964	0
Numero ricoveri	5.706	5.406
VALORE ricoveri	21.074.108	21.563.508

Per quanto riguarda il Presidio di Ancona, in generale per quanto riguarda l'attività di ricovero si è cercato di privilegiare soprattutto l'appropriatezza delle prestazioni e la completezza della presa in carico. Il numero complessivo dei ricoveri e delle giornate di degenza sono in leggero incremento a livello ordinario mentre si è leggermente decrementata l'attività breve in termini di pazienti ma non di accessi per il trasferimento parziale della stessa a Osimo. A tal proposito si segnala che con il Presidio di Osimo le unità operative di Chirurgia e Urologia sono integrate nel senso che siamo in presenza di un'unica Unità Operativa Complessa Integrata e pertanto parte delle attività è stata svolta anche nel Presidio di Osimo in una logica di ottimizzazione delle risorse.

Relativamente al Presidio di Ancona l'incremento della produzione ospedaliero è il frutto di più variazioni diversificate tra loro. In effetti sono in positivo incremento le attività del Dipartimento post acuzie anche grazie al recupero di dotazione di posti letto, mentre sono state in diminuzione le attività del Dipartimento Medico sia per la scelta di regimi di maggiore appropriatezza produttiva (Nefrologia, Diabetologia) sia per le difficoltà in ambito cardiologico legate alla riduzione momentanea di attività impiantistica. Infine il Dipartimento chirurgico è in lieve ripresa rispetto all'anno precedente anche se sconta in maniera importante la limitatezza di posti letto complessivo (appena 30 tra tutte e 4 le uu.oo. del Presidio)

POR di Fermo		
Indicatori di produttività - Attività di ricovero ed Ambulatoriale	Anno 2017	Anno 2018
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo
POSTI LETTO Degenza Ordinaria	57,28	51,18
Numero Ricoveri Degenza Ordinaria	923	816
GG Degenza Ordinaria	19.295	17.753
Tasso Occupazione PL Degenza Ordinaria	92,3%	95,0%
VALORE Degenza Ordinaria	4.270.035	3.856.480
DRG Medio Degenza Ordinaria	4.626	4.726
Degenza media DO	21,35	21,76
Numero ricoveri	923	816
VALORE ricoveri	4.270.035	3.856.480

Per quanto riguarda il Presidio di Fermo, si osserva dalla tabella che l'attività di ricovero ha visto un decremento in termini di pazienti trattati piuttosto che di giornate erogate. Tale decremento deriva dalla riduzione dei posti letto più volte manifestatasi nel corso del 2018 per mancanza di personale infermieristico e socio assistenziale la cui dotazione è stata ripristinata solo alla fine dell'esercizio 2018 consentendo per il 2019 la riapertura di posti letto. In questo ambito tutte le UU.OO. del Dipartimento di Fermo hanno scontato tale problematica anche se i decrementi sono stati differenziati nelle diverse uu.oo.

9

POR di Osimo		
Indicatori di produttività - Attività di ricovero ed Ambulatoriale	Anno 2017	Anno 2018
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo
POSTI LETTO Degenza Ordinaria		62
Numero Ricoveri Degenza Ordinaria		1.950
GG Degenza Ordinaria		16112
Tasso Occupazione PL Degenza Ordinaria		71,2%
VALORE Degenza Ordinaria		6.161.335
DRG Medio Degenza Ordinaria		3.160
Degenza media DO		8,26
POSTI LETTO DH		7
Numero Ricoveri in DH		608
GG DH		767
Tasso Occupazione PL in DH		21,9%
VALORE DH		841.370
VALORE MEDIO AD ACCESSO		1.097
DRG Medio DH		1.384
Degenza Media DH		1
Numero ricoveri		2558
VALORE ricoveri		7.002.705

Per quanto riguarda il Presidio di Osimo si osserva che l'attività erogata nel corso del 2018 sconta inevitabilmente le problematiche importanti derivanti dalla fusione per incorporazione. In effetti il primo periodo dell'esercizio ha visto una costante diminuzione del personale in dotazione anche in considerazione del fatto che molto personale trasferito dall'Asur era a tempo determinato e questo ha comportato l'inevitabile ricambio una volta giunto a scadenza. Va da sé che in un mondo particolarmente professionalizzato come quello sanitario tale attività ha comportato l'inevitabile necessità di recuperare professionalità e questo è stato a detrimento dell'attività.

Da un punto di vista qualitativo si può osservare l'andamento degli obiettivi regionali 2018 contenuti nella DGRM 470 e 471/2018 il cui raggiungimento è spesso stato condizionato dalla difficoltà nell'ambito del reclutamento del personale dipendente.

Prog. Dgr 241/ 2018	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target INRCA	RISULTATO	NOTE ed OSSERVAZIONI
COMPLETEZZA, QUALITA' E TEMPESTIVITA' NELL'INVIO DEI FLUSSI INFORMATIVI								
P 1	Rispetto tempistiche di invio dei flussi informativi sanitari soggetti ad interconnessione come da DM 262/2016 (DGR 248/2018)	Flusso SDO, EMUR (PS, 118), SIAD, FAR, SISIM, HOSPICE, SIND, Sistema TS (Specialistica), Farmaci in DD e in DPC, CEDAP	Trasmissione dei flussi informativi relativi a determinati periodi temporali, specificati nella DGR 248/2018, secondo le scadenze previste nella medesima DGR	Trasmissione dei flussi informativi relativi a determinati periodi temporali, specificati nella DGR 248/2018, secondo le scadenze previste nella medesima DGR		100%	100%	I flussi informativi sono stati inviati nei tempi previsti
P 2	Frequenza degli invii mensili flussi farmaceutica ospedaliera	File H	Rispetto del termine di invio mensile del File H (entro il 15° giorno di ogni mese)	Rispetto del termine di invio mensile del File H (entro il 15° giorno di ogni mese)		100%	100%	I flussi della farmaceutica sono stati inviati nei tempi previsti
P 8	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Flusso Consumi Dispositivi medici; Modello CE: Voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici	Consumi dispositivi medici: Valore percentuale della spesa rilevata dal Flusso consumi rispetto ai costi rilevati dal Modello di conto economico (Voce B.1.A.3.1)	Valore della spesa rilevata dal Flusso consumi	Costi rilevati dal Modello di conto economico	≥ 90%	121%	L'obiettivo è stato raggiunto
P 9	Completa trasmissione del flusso informativo sui dati spesa sanitaria anno 2018 (Dati per dichiarazione dei redditi)	SIA; CUP	% di dati di spesa sanitaria trasmessi al MEF	Numero dati di spesa sanitaria anno 2018 trasmessi al MEF	Numero totale dati di spesa sanitaria anno 2018	100%	100%	Sono stati inviati al MEF tutti i dati di spesa sanitaria (si veda allegato 1)
P 10	Monitoraggio grandi apparecchiature. Pubblicazione in NSIS di tutte le apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato 1 del DM 22/04/14 e s.m.i., nonché delle ulteriori apparecchiature individuate (angiografi e mammografi) in uso presso le strutture pubbliche alla data del 31/12/2017	Flusso grandi apparecchiature - Adempimenti LEA	Rispetto dei tempi per l'alimentazione del flusso NSIS grandi apparecchiature	Numero apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato 1 del DM 22/04/14 e s.m.i. censite nei nell'inventario nazionale grandi apparecchiature nei tempi previsti dall'art.3, c. 4 del suddetto DM	Numero apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato 1 del DM 22/04/14 e s.m.i. collaudate nell'anno 2018	100%	100%	Il flusso NSIS è stato alimentato come richiesto.
P 11		Flusso grandi apparecchiature Adempimenti LEA c.16	Numero apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture pubbliche al 31/12/2017 pubblicate in NSIS	Numero apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato 1 del DM 22/04/14 e s.m.i., nonché angiografi e mammografi, in uso presso le strutture pubbliche al 31/12/2018, pubblicate in NSIS	Numero apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato 1 del DM 22/04/14 e s.m.i., nonché angiografi e mammografi, in uso presso le strutture pubbliche al 31/12/2018	100%	100%	
P 12	Coerenza trimestrale dei valori economici rendicontati in diversi flussi della spesa farmaceutica non convenzionata	File D (DPC), File F, File H, CE	Coerenza trimestrale tra valore farmaceutica non convenzionata rendicontata nel File D (DPC), File F e File H e valore farmaceutica non convenzionata rendicontata nel modello CE BA0040	Spesa farmaceutica non convenzionata rendicontata nel File D (DPC), File F e File H	Spesa farmaceutica non convenzionata rendicontata nel modello CE (BA0040)	Tra 95% e 105%	97,7%	L'obiettivo è stato raggiunto poiché sono stati trasmessi flussi pari a 2.212.703 €. Il dato CE è invece pari a 2.344.739 € al quale però devono essere sottratte la variazione delle Rimanenze (con RF > RI) per un valore pari a 79.199 €. Il valore da confrontare netto è pertanto pari a 2.265.540 € e pertanto il grado di raggiungimento è pari al 97,7%
P 13	Garantire il rispetto dei tempi di pagamento	Enti SSR Adempimenti MEF	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Ritardo medio di pagamento delle fatture di beni e servizi rilevato trimestralmente		<=0	-	8 Obiettivo raggiunto si veda l'allegato 2
P 14	Effettuare la movimentazione dei dati delle fatture sulla piattaforma di certificazione dei crediti	MEF Adempimenti MEF	% fatture movimentate	N.ro fatture movimentate in Piattaforma	N.ro complessivo fatture	95%	95%	L'obiettivo è raggiunto come si evince dall'Allegato 3 dove il grado di raggiungimento è pari a 90% (che rapportato al 95% da un grado di raggiungimento pari al 95%)
P 15	Percorsi attuativi di certificabilità dei bilanci (PAC)	Rilevazione ad hoc	Attuazione azioni programmate dal PAC di cui alla DGR 1618/2017	Attuazione azioni programmate dal PAC di cui alla DGR 1618/2017 secondo i termini previsti		Rispetto dei termini previsti nel cronoprogramma	100%	i tempi del cronoprogramma sono stati rispettati come si evince dalla documentazione presentata (allegato 4)
GRIGLIA LEA								
GRIGLIA LEA - ASSISTENZA OSPEDALIERA, EMERGENZA URGENZA								
29	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG)	Riduzione % n. ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti	N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti 2018 - N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti 2017	N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti 2017	≤ 2017	obiettivo non valutabile	Si richiede la non valutabilità in quanto il confronto con il 2017 è disomogeneo in considerazione dell'incorporazione del Presidio di Osimo avvenuta dal 1 gennaio 2018
30	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG)	Riduzione % n. accessi in DH medico per pazienti residenti	N. Accessi in DH medico per pazienti residenti 2018 - N. Accessi in DH medico per pazienti residenti 2017	N. Accessi in DH medico per pazienti residenti 2017	≤ 2017	obiettivo non valutabile	Si richiede la non valutabilità in quanto il confronto con il 2017 è disomogeneo in considerazione dell'incorporazione del Presidio di Osimo avvenuta dal 1 gennaio 2018
31	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG)	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	≤ 0,13	0,11	L'obiettivo è stato raggiunto

Prog. Dgr 241/ 2018	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target INRCA	RISULTATO	NOTE ed OSSERVAZIONI
GRIGLIA LEA - ASSISTENZA FARMACEUTICA								
44	Riduzione consumo antibiotici per pazienti residenti, in distribuzione diretta, per conto e convenzionata	Flusso farmacie convenzionate, File F (NSG)	Variazione % DDD farmaci antibiotici per pazienti residenti	(N° DDD (ATC J01) anno 2018) - (N° DDD (ATC J01) anno 2017)	(N° DDD (ATC J01) anno 2017)	≤ 2017	Obiettivo raggiunto	In merito all'obiettivo 2018 "Riduzione consumo antibiotici per pazienti residenti, in distribuzione diretta, per conto e convenzionata" in FILE F, INDICATORE: DDD 2018 ≤ DDD 2017, non è attualmente possibile estrarre dal gestionale NAV i consumi dei farmaci in termini di DDD, ma è possibile utilizzare un "proxy" estraendo i consumi utilizzando come unità di misura l'unità posologica (unità di misura di riferimento nel gestionale NAV). Di seguito i consumi di antibiotici (ATC J01) in distribuzione diretta estratti dal gestionale NAV 2017: consumati 6.525 pezzi 2018: consumati 5.901 pezzi
ASSISTENZA OSPEDALIERA, EMERGENZA URGENZA								
73	INCREMENTO PRODUZIONE E CONTRASTO MOBILITA' PASSIVA * Per INRCA, tolleranza aggiuntiva del 15% a seguito dell'avvio del processo di integrazione con lo stabilimento di Osimo	Flusso SDO	Potenziamento ricoveri chirurgici di alta complessità in regime ordinario nei DRG specifici	(Σ DRG in R.O. 2018) - (Σ DRG in R.O. 2017)	(Σ DRG in R.O. 2017)	>2017 (Σ DRG 149, 303, 515, 569, 570) [Tolleranza 2% in caso di mancato raggiungimento del target] *	obiettivo raggiunto	DRG 2017 (comprensivo di Osimo) 97 Target (considerando tolleranza 15%) 80 DRG 2018 93
74		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	>2017 [Tolleranza 2% in caso di mancato raggiungimento del target] *	obiettivo raggiunto	DRG 2017 (comprensivo di Osimo) 465 Target (considerando tolleranza 15%) 485 DRG 2018 398
75	INCREMENTO PRODUZIONE E CONTRASTO MOBILITA' PASSIVA * Per INRCA, tolleranza aggiuntiva del 15% a seguito dell'avvio del processo di integrazione con lo stabilimento di Osimo	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 2018) - (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 2017)	>2017 [Tolleranza 2% in caso di mancato raggiungimento del target] *	obiettivo raggiunto	
78	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG, Questionario LEA)	Garantire appropriatezza ed efficienza nelle prestazioni di ricovero ospedaliero per la riabilitazione	Numero ricoveri di riabilitazione inappropriati (Dec. 8/RAO/16 e 12/RAO/16)	Totale ricoveri di riabilitazione	< 2017	obiettivo raggiunto	Dato 2017 Presidio Ancona 37,6% Dato 2018 Presidio di Ancona 16,51% Dato Presidio di Fermo 2017 35,9% Dato Presidio di Fermo 2018 14,59%
79	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	% 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	≥ del valore minore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2017 per ciascun stabilimento	Obiettivo non raggiunto	Secondo il PNE nel 2017 l'indicatore aveva i seguenti valori per i due presidi: - Ancona: 82,35% definendo così lo standard per l'anno 2018 nel range >=80% e quindi il target >=80% - Osimo: 53,13% definendo così lo standard per l'anno 2018 nel range 50-60% e quindi il target >=50% Dato 2018 Presidio di Ancona 82,4% Dato 2018 Presidio di Osimo 75%
80	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	Proporzione di interventi per tumore della mammella eseguiti in U.O. con volumi di attività > 135 interventi annui	Numero di ricoveri per intervento tumore mammella in reparti con volume di attività > 135 casi annui	Numero totale ricoveri per interventi per tumore mammella	Assenza di interventi per tumore della mammella	Obiettivo al momento non valutabile per assenza dati PNE 2018	
82	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	Mortalità a 30 gg dai ricoveri di Ictus Ischemico	N° ricoveri con dia. princ. ictus ischemico in cui il pz. risulti deceduto entro 30 gg da data ricovero	N° ricoveri con dia. princ. ictus ischemico	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2017 per ciascun stabilimento	Obiettivo al momento non valutabile per assenza dati PNE 2018	
83	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	Mortalità a 30 gg dai ricoveri per BPCO riacutizzata	N° ricoveri indice per BPCO riacutizzata in cui il pz. risulti deceduto entro 30 gg da data ricovero	N° ricoveri indice per BPCO riacutizzata	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2017 per ciascun stabilimento	Obiettivo al momento non valutabile per assenza dati PNE 2018	
85	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	≤ 6%	5%	Obiettivo raggiunto
86	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 inappropriatezza)	≥ 2017	dato 2018 32,8% dato 2017 29,5%	Obiettivo raggiunto a livello di Istituto Inrca vecchio perimetro cioè al netto di Osimo in quanto dati 2017 non disponibili
87	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed 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	≤ 19%	14,7%	Obiettivo raggiunto
88	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012)	% Ricoveri medici oltre soglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici oltre soglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici ≥ 65 anni	≤ 5%	3,23%	Obiettivo raggiunto
89	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012)	Degenza media pre-operatoria	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici	Dimessi con interventi chirurgici	≤ 1,50	1,42	Obiettivo raggiunto

Prog. Dgr 241/ 2011	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target INRCA	RISULTATO	NOTE ed OSSERVAZIONI
90	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	< 2017	obiettivo non raggiunto Dato 2017 Presidio Ancona 0,02% Dato 2018 Presidio di Ancona 0,07% Dato Presidio di Fermo 2017 0,01% Dato Presidio di Fermo 2018 0,1%	Si osserva che il non raggiungimento dello stesso dipende da diversi fattori che operano congiuntamente. Da una parte le condizioni cliniche dei pazienti (questo vale soprattutto per Ancona) o ad un problema di ricettività territoriale, laddove si è in presenza di una dimissione protetta. Va aggiunta l'esiguità dell'entità del problema in oggetto che fa sì che piccole variazioni quantitative rendono l'obiettivo non raggiungibile ma che in realtà dovrebbe farlo considerare più propriamente non valutabile.
91	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15)	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche eseguite in U.O. con volumi di attività > 90 interventi annui	Numero ricoveri per colecistectomia laparoscopica in reparti con volumi di attività > 100 casi annui	Numero totale ricoveri per colecistectomie laparoscopiche	≥ 50% per ciascun stabilimento [Tolleranza del 15% su Stab Osimo]	Obiettivo raggiunto nel presidio di Osimo e non nel Presidio di Ancona	DRG colecistectomie n. 28 nel Presidio di Ancona DRG colecistectomie n. 73 nel Presidio di Osimo
93	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	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%	106	Obiettivo raggiunto nel Presidio di Ancona (106 casi) e non raggiunto nel Presidio di Osimo (20 casi) dove però c'è il pronto soccorso in viante
95	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	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	> 75%, a partire dalla data di avvio della PTCA	obiettivo non valutabile	non è ancora stata avviata l'attività
96	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15)	% 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	≥ 35% per ciascun stabilimento, a partire dalla data di avvio della PTCA	obiettivo non valutabile	Le PTCA nei pazienti con IMA non vengono eseguite internamente ma vengono effettuate in regime di cessione di servizio presso l'AO Riuniti di Ancona che detta i tempi di esecuzione che non risultano negoziabili. Per questo motivo l'obiettivo non è valutabile, nè d'altra parte è pensabile di non eseguire questa procedura nei pazienti ricoverati presso il nostro Istituto.
99	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (DM 21/06/16 - "Piani" 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	< 2017 per ciascun stabilimento	Obiettivo al momento non valutabile per assenza dati PNE 2018	
106	Donazione organi e tessuti	Rilevazione ad hoc	Predisposizione di un progetto per la raccolta Cornee	Predisposizione di un progetto per la raccolta Cornee		Predisposizione progetto	Obiettivo non valutabile	L'obiettivo è non valutabile per assenza di attività oftalmologica
111	MONITORAGGIO PDTA Attuazione DGR 987/16 <i>Ictus in fase acuta</i>	Flusso SDO	% pazienti con ictus ischemico sottoposti a trombolisi e.v.	N° pazienti con ictus ischemico (ICD9-CM (433.X1 e 434.X1) o (436)) sottoposti a trombolisi e.v. (ICD9-CM 99.10 o 99.20)	N° totale pazienti con ictus ischemico (ICD9-CM (433.X1 e 434.X1) o (436))	≥ 2017	Obiettivo non raggiunto 15,5% nel 2018, 16,6% nel 2017	L'obiettivo è stato calcolato considerando solo i reparti per acuti ed escludendo conseguentemente tutte i coidci 56 e 60 che sono palesemente fuori target. La leggerissima diminuzione è in realtà dovuta più a fattori estemporanei vista l'esiguità dei numeri assoluti in quanto i pazienti sottoposti a trombolisi nel 2017 sono stati 32 mentre quelli sottoposti a trombolisi nel 2018 sono stati 26. In numeri così ridotti è plausibile che la diminuzione sia più dovuta ad eventi casuali e pertanto si chiede la non valutabilità dell'obiettivo.
115	IMPLEMENTAZIONE PDTA REGIONALI	Rilevazione ad hoc	Recepimento e attivazione PDTA regionali entro 2 mesi dalla pubblicazione	N° PDTA regionali recepiti con atto formale	N° PDTA regionali	100%	obiettivo non valutabile	Assenza di PDTA regionale riferito all'Istituto
116		Rilevazione ad hoc	Audit interni multidisciplinari	N° audit interni multidisciplinari	N° PDTA regionali	Almeno 2 audit previsti per ogni PDTA	obiettivo non valutabile	Assenza di PDTA regionale riferito all'Istituto
ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA								
135	Continuità assistenziale Ospedale-Territorio	Rilevazione ad hoc	Avvio richieste di dimissioni protette digitalizzate mediante Sistema informativo regionale per la rete del territorio (SIRTE)	Documentazione inviata alla P.F. Territorio e Integrazione Ospedale-Territorio		Documentazione inviata entro 30/01/2019	Obiettivo raggiunto	Si veda l'allegato 5
137	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 <i>Tempi di attesa</i>	File C (NSG)	Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica, ortopedica, cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolor Doppler tronchi sovraaortici; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale.	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B	Numero totale di prestazioni per classe di priorità B	>90%	Obiettivo raggiunto	
138	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 <i>Tempi di attesa</i>			Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	>90%	Obiettivo raggiunto	
139	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 <i>Tempi di attesa</i>	File C	Garanzia del rispetto dei Tempi di Attesa per le altre prime visite ed esami strumentali monitorizzate dal PNGLA	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B (10gg)	Numero totale di prestazioni per classe di priorità B	>90%	Obiettivo raggiunto	
140	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 <i>Tempi di attesa</i>			Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D (30 gg visite; 60 gg prestazioni strumentali)	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	>90%	Obiettivo raggiunto	
141	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 <i>Tempi di attesa</i>	Rilevazione ad hoc	Presa in carico con prescrizione, prenotazione e disponibilità di slot dedicati per pazienti oncologici in tutte le strutture che trattano pazienti neoplastici (per le prestazioni da erogare entro i 12 mesi successivi)	Documentazione inviata alla P.F. Territorio e Integrazione Ospedale-Territorio attestante l'avvenuta presa in carico con prescrizione, prenotazione e l'attivazione di slot dedicati per TUTTI pazienti con patologia oncologica nel 100% delle strutture che trattano pazienti neoplastici per Az/AV		Documentazione inviata (maggio, giugno, settembre, dicembre 2018)	Obiettivo raggiunto	L'INRCA eroga, in numero ridotto, prestazioni a pazienti oncologici anziani in regime di DH ed ambulatoriale. Nell'ambito di tale attività il servizio erogante l'attività presso l'INRCA di Ancona (c/o la Clinica di Medicina Interna e Geriatria) provvede alla garanzia della disponibilità dei posti in agenda per i controlli successivi della UO di Radiologia (TAC, RX, Ecografie) oltre alle visite di controllo nel Presidio INRCA di Ancona. Le prestazioni di presa in carico rese disponibili dall'UO di radiologia dei pazienti oncologici sono (oltre alle visite di controllo): - n. 1 TC torace/addome a settimana - n. 1 Rx torace a settimana - n. 1 ecografia addome a settimana - n. 1 TC encefalo al mese. Per tali prestazioni l'INRCA si occupa anche della prescrizione e prenotazione. Nel corso del 2018 sono state garantite le cosiddette "prese in carico" attraverso i controlli sopra riportati per i pazienti che ne hanno avuto necessità.

Prog. Dgr 241/2018	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target INRCA	RISULTATO	NOTE ed OSSERVAZIONI
143	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE Applicazione DGR 808/2015 <i>Tempi di attesa</i>	Rilevazione ad hoc	Disponibilità di slot dedicati in agende di neurologia (solo INRCA), diabetologia, nefrologia, cardiologia per la presa in carico di pazienti cronici sottoposti a follow up	Produzione reportistica da inviare alla P.F. Territorio e Integrazione Ospedale-Territorio attestante la disponibilità di agende per la presa in carico nelle discipline previste nel 100% delle strutture eroganti per Az/AV		Documentazione inviata (maggio, giugno, settembre, dicembre 2018)	Obiettivo raggiunto	Relativamente alle prestazioni di presa in carico per le discipline di Cardiologia, Diabetologia, Nefrologia e Neurologia, sono stati attivati slot dedicati nel corso del 2018. Va evidenziato che, relativamente alla prestazione della visita per la valutazione del "Fondus Oculi" per la presa in carico del paziente diabetico, (prestazione che non veniva erogata dall'INRCA ma, in accordo con l'AV2, veniva gestita all'interno dell'accordo di budget da Villa Igea), nel corso del 2018 si è proceduto ad una modifica della procedura precedente "internalizzando" tale prestazione nell'ambito delle risorse dell'Istituto, attraverso l'attività di uno specialista ambulatoriale oculista convenzionato.
149	Rischio Clinico	Flusso SDO (NSG)	% Infezioni post-chirurgiche	Dimissioni per Sepsis post-chirurgiche entro 30 giorni dall'episodio chirurgico	Dimissioni chirurgiche	≤ 2017	Obiettivo non Raggiunto	L'obiettivo non è stato raggiunto poiché nel 2017 ci sono stati 3 casi mentre nel 2018 ci sono stati 5 casi. Tuttavia si segnala che considerata l'assoluta esiguità del numero dei casi si chiede più correttamente una non valutabilità dell'obiettivo visto che il valore assoluto è prossimo allo zero.
151	Obiettivi Prioritari di rilievo Nazionale	Rilevazione ad hoc	Produzione e invio di reportistica attestante la rendicontazione analitica su singolo progetto	Documentazione inviata alla P.F. Territorio e Integrazione Ospedale-Territorio		Documentazione inviata entro il 30/04/2019	Obiettivo raggiunto	Si veda allegato n. 6
152	Strategia delle Aree Interne "Basso Appennino Pesarese e Anconetano" (DGR 954/2016)	Rilevazione ad hoc	Produzione e invio di reportistica attestante lo stato di avanzamento delle attività inerenti ogni singolo progetto	Documentazione inviata alla P.F. Territorio e Integrazione Ospedale-Territorio a cadenza semestrale		Documentazione inviata entro 31/07/2018 e il 31/01/2019	obiettivo non valutabile	Si richiede la non valutabilità dell'obiettivo poiché l'Inrca non ha più partecipato alle attività in quanto non convocata dall'Asur
ASSISTENZA FARMACEUTICA								
153	Incremento distribuzione diretta (ad esclusione delle classi ATC J01, N06AX, N06AB, A02BC, C09DA e C10AA)	File F	Variazione % DDD farmaci in distribuzione diretta rispetto al 2017	(DDD in distribuzione diretta anno 2018 - DDD in distribuzione diretta anno 2017)	DDD in distribuzione diretta anno 2017	> 2017 per 1° Livello ATC "L"	Obiettivo raggiunto	In merito all'obiettivo 2018 "Incremento distribuzione diretta (ad esclusione delle classi ATC J01, N06AX, N06AB, A02BC, C09DA e C10AA)" Incremento % DDD farmaci in distribuzione diretta rispetto al 2017 per 1° Livello ATC "L", INDICATORE: (DDD in distribuzione diretta anno 2018 - DDD in distribuzione diretta anno 2017) / DDD in distribuzione diretta anno 2017 non è attualmente possibile estrarre dal gestionale NAV i consumi dei farmaci in termini di DDD, ma è possibile utilizzare un "proxy" estraendo i consumi utilizzando come unità di misura l'unità posologica (unità di misura di riferimento nel gestionale NAV). Di seguito i consumi di antibiotici (ATC L) in distribuzione diretta estratti dal gestionale NAV. 2017: consumati 2.624 pezzi 2018: consumati 1.302 pezzi. Pertanto nel 2018 i pezzi in FILE F di "Farmaci Antineoplastici e Immunomodulatori" sono minori di quelli presenti nel 2017
154	Incremento utilizzo farmaci biosimilari (DRG 974/2014)	Rilevazione ad hoc	% PT verificati su totale PT	N° PT verificati	N° tot. PT	100%	100%	Sono stati verificati dell'UO di farmacia Clinica tutti (100%) i piani relativi alla prescrizione dei farmaci biosimilari (DRG 974/2014)
155	Incremento utilizzo farmaci biosimilari (DRG 974/2014)	Rilevazione ad hoc	% PT Naive con prescrizione biosimilari su totale PT Naive	N° PT Naive con prescrizione biosimilari	N° tot. PT Naive	≥ 80%	100%	In base alle procedure di gara effettuate a livello regionale e locale, sono utilizzati per i pazienti naive esclusivamente farmaci biosimilari.
156	Incremento utilizzo farmaci biosimilari (DRG 974/2014)	Rilevazione ad hoc	Audit con i clinici su incremento prescrizione biosimilari ai Naive	N° Audit con i clinici su incremento prescrizione biosimilari ai Naive		≥ 3	0	Si segnala che l'obiettivo è stato sostanzialmente raggiunto perché il processo di shiftamento dei farmaci con prescrizione dei biosimilari si è praticamente concluso per l'Istituto e questo significa che non vi è stato bisogno di alcun audit. Pertanto si ritiene l'obiettivo raggiunto o in subordine non valutabile.
157	Incremento copertura delle trasmissioni con targatura (per i farmaci con AIC)	File F	% copertura delle trasmissioni con targatura in distribuzione diretta	N° trasmissioni con targatura	Totale trasmissioni	≥ 90%	100%	Obiettivo raggiunto considerando che l'analisi delle ricette del File F viene espletata dalla Ditta Farmaced che effettua la targatura per i farmaci con AIC su tutte le ricette. La targatura non viene rilevata solo nei casi in cui la fustella sia lacerata, se si utilizza il timbro nero per marcare la fustella come "CONFEZIONE OSPEDALIERA".
160	Incremento utilizzo farmaci in distribuzione diretta e per conto di classe A con brevetto scaduto	Flusso farmacie convenzionate, File F	% DDD farmaci classe A in distribuzione diretta e per conto a brevetto scaduto	N° DDD farmaci classe A in distribuzione diretta e per conto a brevetto scaduto	N° DDD farmaci classe A in distribuzione diretta e per conto	> 2017	Non valutabilità	Per quanto riguarda tale obiettivo, si fa presente, oltre alle note difficoltà di evidenziare il dato in DDD per il gestionale di riferimento, che i farmaci dispensati in DDD vengono acquistati con procedura di gara ad evidenza pubblica (per lo più regionali e gestite dal soggetto aggregatore) secondo criteri di economicità. Pertanto si ritiene non valutabile l'obiettivo
161	Incremento consumo di farmaci oppioidi maggiori su tutti i canali distributivi	Flusso farmacie convenzionate, File F, File H	Variazione % DDD farmaci oppioidi maggiori	(N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AB01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03) anno 2018) - (N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AB01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03) anno 2017)	(N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AB01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03) anno 2017)	> 2017	Obiettivo raggiunto	In merito all'obiettivo 2018 "Incremento consumo di farmaci oppioidi maggiori su tutti i canali distributivi" INDICATORE: (N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AB01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03) anno 2018) - (N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AB01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03) anno 2017) / (N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AB01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03) anno 2017) non è attualmente possibile estrarre dal gestionale NAV i consumi dei farmaci in termini di DDD, ma è possibile utilizzare un "proxy" estraendo i consumi utilizzando come unità di misura l'unità posologica (unità di misura di riferimento nel gestionale NAV). 2017: consumati 8.945 pezzi 2018: consumati 7.030 pezzi Pertanto nel 2018 i pezzi in FILE F di oppioidi (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AB01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03) sono minori di quelli presenti nel 2017
162	Incremento segnalazioni ADR	RNFV/ Vigifarmaco	% Segnalazioni di ADR rispetto ai dimessi	N° segnalazioni ADR	Totale dimessi	≥ 3%	Obiettivo non raggiunto Dato 2017 6 segnalazioni / 6927 dimissioni = 0,087% Dato 2018 13 segnalazioni / 8780 dimissioni = 0,15%	L'obiettivo non è stato raggiunto poiché nel 2017 ci sono stati segnalazioni mentre nel 2018 ci sono stati 13 segnalazioni. Tuttavia si segnala che considerata l'assoluta esiguità del numero dei casi si chiede più correttamente una non valutabilità dell'obiettivo visto che il valore assoluto è prossimo allo zero.
163	Rispetto della compilazione Registri AIFA	Registri AIFA	% compilazione registri AIFA per farmaci sottoposti a registri AIFA	N° registri AIFA compilati	N° farmaci dispensati sottoposti a registri AIFA	100%	100%	obiettivo raggiunto
RISORSE UMANE								
164	Riduzione precariato	Rilevazione ad hoc	Piano triennale 100% esigenze aziendali allegato al piano fabbisogno 2018-2020	Piano triennale 100% esigenze aziendali allegato al piano fabbisogno 2018-2020		100%	obiettivo raggiunto	Si veda quanto indicato nella DGEN 187/2018 (Allegato 7)
165		Rilevazione ad hoc	Realizzazione stabilizzazioni previste nel 2018	Realizzazione stabilizzazioni previste nel 2018		Realizzazione stabilizzazioni	obiettivo raggiunto	Si veda quanto già comunicato a tal proposito (allegato 8)

Prog. Dgr 241/ 201	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target INRCA	RISULTATO	NOTE ed OSSERVAZIONI
INFORMATICA								
167	Costituzione nucleo minimo FSE	Rilevazione ad hoc	Produzione di verbali di pronto soccorso conformi alle specifiche del FSE	Numero verbali di pronto soccorso prodotti ed archiviati nel repository aziendale secondo le specifiche del FSE		> 100	Obiettivo non valutabile	Si veda l'allegato 9
168		Rilevazione ad hoc	Produzione di lettere di dimissione conformi alle specifiche del FSE	Numero di lettere di dimissione prodotte ed archiviate nel repository aziendale secondo le specifiche del FSE		> 100	Obiettivo non valutabile	Si veda l'allegato 9
169	Alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico	FSE	Incremento cittadini che hanno rilasciato consenso per FSE	Numero nuovi consensi FSE rilasciati		> 300	4	Obiettivo non raggiunto perché non si è riusciti ad ottenere i consensi richiesti
170	Alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico	Anagrafe Unica Regionale ASR-EMPI	Qualità delle informazioni inserite negli MPI di ciascuna Azienda	Numero anagrafiche non certificate MEF in MPI	Numero anagrafiche totali in MPI	< 4%	1,23%	Obiettivo raggiunto. Totale posizioni anagrafiche INRCA MARCHE su MPI Aziendale: 98.300 Di cui certificate MEF: 97.096 (98,77%) non certificate MEF = 1.204 (1,23%)
172	Prescrizioni dematerializzate specialistiche (medici specialisti) - Prescrizione	Sistema TS	% ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale (specialità di cui alla DGR 808/2015)	N° ricette dematerializzate prodotte dai medici specialisti	N° totale ricette prodotte dai medici specialisti	≥ 90%	68,92%	Relativamente all'obiettivo va segnalato che dai dati in possesso non è possibile estrapolare le prescrizioni (cartacee e dematerializzate) relative alle "prestazioni" di "presa in carico" per le 4 specialità previste dalla DGR 808/2015 (Cardiologia, Diabetologia, Nefrologia e Neurologia). Infatti la DGR 808/2015 prevedeva al punto e) che la prescrizione e prenotazione con procedura informatizzata andavano fatte per la visita specialistica successiva e le principali indagini previste per la "Presenza in carico" (prestazioni ben identificate per tipologia di presa in carico).
173	Prescrizioni dematerializzate specialistiche (medici specialisti) - Prescrizione	Sistema TS	% ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale (escluse specialità di cui alla DGR 808/2015)	N° ricette dematerializzate prodotte dai medici specialisti (escluse specialità DGR 808/2015)	N° totale ricette prodotte dai medici specialisti (escluse specialità DGR 808/2015)	≥ 20%	34,54%	Obiettivo raggiunto
175	Prescrizioni dematerializzate specialistica (prodotte dai MMG/PLS e dagli specialisti) - Erogazione	Sistema TS	% Ricette dematerializzate trasmesse a SOGEI che non risultano essere state prese in carico dalla struttura erogatrice	N° Ricette dematerializzate trasmesse a SOGEI che non risultano essere state prese in carico dalla struttura erogatrice	N° Ricette dematerializzate trasmesse a SOGEI	< 10%	5,71%	Obiettivo raggiunto
176	Prescrizioni dematerializzate farmaceutiche (prodotte dai MMG/PLS e dagli specialisti) - Prescrizione	Sistema TS	% ricette dematerializzate di farmaceutica	N° ricette dematerializzate	N° totale ricette	≥ 90% (Esclusi MMG/PLS)	17,12%	Obiettivo non raggiunto
INVESTIMENTI, BENI E SERVIZI								
177	Attuazione investimenti di cui alla DGRM 1250/17	Rilevazione ad hoc	Rispetto dei tempi di attuazione previsti dalla DGRM 1250/17	Numero di bandi avviati nei tempi previsti dalla DGRM 1250/17	Numero totale degli interventi progettuali previsti dalla DGRM 1250/17	100%	obiettivo raggiunto	si vedano Allegato 10 A, Allegato 10 B, Allegato 10 C
178		Rilevazione ad hoc		Numero di verifiche di conformità effettuate nei tempi previsti dalla DGRM 1250/17	Numero totale degli interventi progettuali previsti dalla DGRM 1250/17	100%	obiettivo raggiunto	si vedano Allegato 10 A, Allegato 10 B, Allegato 10 C

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 2017	Anno 2018
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo
POSTI LETTO Degenza Ordinaria	43,58	42,50
Numero Ricoveri Degenza Ordinaria	992	916
GG Degenza Ordinaria	13.336	13.475
Tasso Occupazione PL Degenza Ordinaria	84%	87%
VALORE Degenza Ordinaria	3.778.125	3.577.960
DRG Medio Degenza Ordinaria	3.809	3.906
Degenza media DO	13,63	14,71
Numero ricoveri	992	916
VALORE ricoveri	3.778.125	3.577.960

Per quanto riguarda l'attività di ricovero rispetto al 2017 si osserva un peggioramento nell'attività di ricovero erogata nonostante l'incremento del Drg medio e mentre risulta in peggioramento la degenza media. Tale diminuzione complessiva dell'attività è legata solo in parte ad una riduzione dei posti letto mediamente utilizzati e rafforza ancora di più la necessità per un definitivo salto di qualità l'attuazione del percorso di razionalizzazione che comporterebbe un cambiamento nell'ambito delle professionalità mediche in un senso più adeguato alle esigenze di un presidio geriatrico.

16

Por di Casatenovo		
Indicatori di produttività - Attività di ricovero ed Ambulatoriale	Anno 2017	Anno 2018
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo
POSTI LETTO Degenza Ordinaria	56,83	54,25
Numero Ricoveri Degenza Ordinaria	1.685	1.538
GG Degenza Ordinaria	17.537	17.412
Tasso Occupazione PL Degenza Ordinaria	84,1%	87,9%
VALORE Degenza Ordinaria	5.165.332	5.246.182
DRG Medio Degenza Ordinaria	3.065,48	3.411,04
Degenza media DO	11,05	11,32
Numero ricoveri	1.685	1.538
VALORE ricoveri	5.165.332	5.246.182

Al di là dei dati quantitativi che evidenziano una sostanziale stabilità tra un esercizio e l'altro a dimostrazione dell'ormai consolidato andamento dell'attività si evidenzia in ogni caso l'innalzamento del DRG medio e della Degenza media.

Si segnala che l'attività qui rappresentata evidenzia il volume complessivo dei ricoveri erogati non distinguendo per la provenienza del paziente (Regione e fuori regione) e su questo va considerato per il 2018 il pieno riconoscimento della stessa all'interno dei tetti regionali.

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.

Per quanto riguarda le attività ambulatoriali le successive tabelle evidenziano:
un decremento dei livelli di attività in termini quantitativi nel Presidio di Ancona con corrispondente decremento in termini di valore. Anche in questo caso il dato complessivo di Presidio è in realtà il frutto algebrico di più variazioni. In effetti rispetto a variazioni in incremento in molti reparti tra cui Accettazione Geriatrica d'Urgenza e Nefrologia (come effetto indiretto del cambiamento di setting assistenziale di cui sopra) si osservano variazioni in diminuzioni in Radiologia e Dermatologia per diminuzioni nella dotazione di personale medico coperta solo alla fine del 2018 e per la necessità di garantire copertura al Presidio di Osimo, e in Nutrizione clinica e Diabetologia per effetto di attività tese ad una maggiore appropriatezza.

POR di Ancona		
Indicatori di produttività - Attività di ricovero ed Ambulatoriale	Anno 2017	Anno 2018
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo
N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI ESTERNE	610.425	586.605
VALORE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	11.585.299	11.205.444

una leggera ripresa quantitativa al Presidio di Fermo dovuto ad un incremento nell'ambito riabilitativo notoriamente poco valorizzato;

POR di Fermo		
Indicatori di produttività - Attività di ricovero ed Ambulatoriale	Anno 2017	Anno 2018
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo
N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI ESTERNE	31.019	32.293
VALORE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	830.186	857.128

l'attività di Osimo non ha punti di riferimento rispetto allo storico ma in ogni caso vede comunque un'attività di una certa rilevanza quantitativa seppur non particolarmente significativa in termini di valore

POR di Osimo		
Indicatori di produttività - Attività di ricovero ed Ambulatoriale	Anno 2017	Anno 2018
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo
N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI ESTERNE		264.560
VALORE PRESTAZIONI AMBULATORIALI		3.122.589

Per quanto riguarda l'attività ambulatoriale rappresentata nella tabella precedente si osserva come la stessa sia in forte incremento quantitativo e molto meno a livello valoriale soprattutto per il recupero dell'attività di laboratorio di analisi.

Por di Cosenza		
Indicatori di produttività - Attività di ricovero ed Ambulatoriale	Anno 2017	Anno 2018
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo
N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI ESTERNE	62.987	81.305
VALORE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	531.068	537.926

18

La tabella seguente "certifica" il leggero incremento dell'attività ambulatoriale Presidio di Casatenovo sia a livello quantitativo che valoriale. In particolare si osserva l'aumento delle prestazioni erogate dal laboratorio di analisi. Si ricorda anche qui che il valore rappresentato è quello lordo al netto del ticket e degli abbattimenti derivanti dal superamento del tetto regionale

Por di Casatenovo		
Indicatori di produttività - Attività di ricovero ed Ambulatoriale	Anno 2017	Anno 2018
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo
N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI ESTERNE	211.420	215.551
VALORE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	1.747.355	1.764.883

Per quanto riguarda la medesima struttura di Treia essa ormai ha raggiunto l'operatività a regime consentita dai 16 posti letto a disposizione considerato il leggero incremento della attività di ricovero rispetto al 2017.

RSR - TREIA		
Indicatori di produttività - Attività Residenziale ed Ambulatoriale	Anno 2017	Anno 2018
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo
POSTI LETTO Degenza Ordinaria	15,91	16,95
Numero Ricoveri Degenza Ordinaria	147	148
GG Degenza Ordinaria	5.098	5.409
Tasso Occupazione PL Degenza Ordinaria	88%	64%
VALORE Degenza Ordinaria	880.221	933.918
DRG Medio Degenza Ordinaria	5.987,90	6.310,26
Degenza media DO	34,68	36,55
Numero ricoveri	147	
VALORE ricoveri	880.221	933.918
N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI ESTERNE	3.484	5.215
VALORE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	25.596	43.035

Per quanto riguarda le attività residenziali e semi-residenziali delle due sedi di Ancona si osservano i dati seguenti.

19

Residenza Dorica		
Indicatori di produttività - Attività Residenziale	Anno 2017	Anno 2018
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo
gg degenza erogate	10.709	9.857
Valore produzione erogata	1.552.805	1.429.265
Centro Diurno Alzheimer		
Indicatori di produttività - Attività Ambulatoriale	Anno 2017	Anno 2018
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo
gg degenza erogate	2.619	2.480,00
Valore produzione erogata	151.902	143.840

Attività di ricerca

Prima di procedere all'analisi ed ai confronti sulle attività condotte si intende premettere che nel corso del 2018 l'INRCA ha visto la visita ispettiva della Commissione Ministeriale per la conferma del riconoscimento del carattere scientifico dell'Istituto e, attualmente, si è in attesa del Decreto Ministeriale.

Nel corso dell'esercizio 2018 il programma di ricerca è proseguito sulla base della declinazione degli obiettivi prioritari della ricerca condotta nell'Istituto sull'invecchiamento attivo, continuando in particolare ad enfatizzare, nelle quattro linee di ricerca, la traslazonalità 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 45 progetti nelle quattro linee di ricerca, con la partecipazione delle diverse professionalità dell'Istituto.

Questa progettualità ha dato luogo nel corso del 2018 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 2018 – 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.

	2016	2017	2018
Impact Factor Ministeriale	437,40	465,50	507,00
N° pubblicazioni indicizzate	112	119	122
Impact Factor medio per articolo	3,91	3,91	4,15
N° citazioni	4239	5207	6512
N° di pubblicazioni con IFM > 4 (% rispetto al totale delle pubblicazioni indicizzate)	68 (60,7%)	72 (60,5%)	70 (57,4%)

Nel 2018 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 507 punti, in incremento rispetto al 2016 e 2017. 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:

LINEE DI RICERCA	2016		2017		2018	
	N° articoli	IFM	N°articoli	IFM	N°articoli	IFM
Linea di Ricerca 1	27	134	36	168,3	45	216,95
Linea di Ricerca 2	38	154,2	41	143,6	35	124,02
Linea di Ricerca 3	23	69	23	88,6	27	106,44
Linea di Ricerca 4	24	80	19	65	15	59,60

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	2016	2017	2018
SEDE DI ANCONA	421,20	442,50	489,01
POR DI FERMO	25,20	15,40	11,00
POR DI CASATENOVO	4,00	3,60	6,8
POR DI COSENZA	35,20	50,00	75,8

IFM PER DIPARTIMENTO			
	2016	2017	2018
POST ACUZIE CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA – AN	66,00	60,60	46,20
GERIATRICO AD INDIRIZZO MEDICO – AN	173,70	212,40	170,34
GERIATRICO AD INDIRIZZO CHIRURGICO – AN	81,00	91,00	155,66
SERVIZI, LABORATORI CLINICI E DI RICERCA – AN	83,50	98,50	112,40
GERIATRICO RIABILITATIVO AD INDIRIZZO CARDIO-CEREBRO VASCOLARE – FERMO			
GERIATRICO RIABILITATIVO AD INDIRIZZO PNEUMOLOGICO – CASATENOVO	4,00	3,60	6,8
GERIATRICO RIABILITATIVO AD INDIRIZZO CARDIOVASCOLARE – COSENZA	35,20	50,00	75,8

21

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 dell'INRCA, costituito formalmente nell'ottobre 2014 e reso operativo a partire dalla primavera del 2015.

Nella successiva tabella sono riportati i principali indicatori globali in termini di nuovi studi approvati, studi attivi e numerosità dei pazienti arruolati.

INDICATORI GLOBALI	2016	2017	2018
N° studi approvati	7	6	7
N° Studi Attivi	31	33	40
N° pazienti arruolati	1708	1968	930

L'esercizio 2018 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 2018 risulta però essere in decremento rispetto all'anno precedente, in quanto sono stati finanziati 11 progetti per un totale di € 1.145.478 a fronte di 13 progetti approvati nel 2017 per un importo di € 1.361.022.

Si riportano di seguito i nuovi progetti avviati nel 2018, per ordine di avvio cronologico.

Nr. Commessa	Descrizione	Finanziamento	Finanziatore	Responsabile Scientifico
COM180034	ACCESS	€ 85.000	Unione Europea	Roberta Bevilacqua
COM180039	CRITERIA...OF THE ACTIVE AGING...	€ 24.700	UNECE	Andrea Principi
COM180042	Ricerca "IN-AGE"	€ 51.000	Fondazione Cariplo	Gabriella Melchiorre
COM180043	INNFAMIGLIA- Innovazione Sociale e Tecnologia	€ 321.500	Fondazione Cariverona	Giuseppe Pelliccioni
COM180044	MY RELIEF	€ 25.907	Unione Europea	Norma Barbini
COM180046	MYSOLI	€ 20.000	Fondazione Di Vittorio	Giovanni Lamura
COM180047	CHANGE PROMOTING	€ 95.820	Ministero della Salute	Norma Barbini
COM180049	RICERCA FINALIZZATA "FALL IN AGE"	€ 78.146	Unione Europea	Silvia Bustacchini
COM180055	PROGETTO DI RICERCA "RECALL"	€ 10.000	Astrazeneca	Fabio Romagnoli
COM180056	Progetto ricerca "ENTWINE"	€ 427.959	Unione Europea	Giovanni Lamura
COM180041	ROSENET	€ 5.445	Unione Europea	Giovanni Lamura
TOTALE 2018		€ 1.145.478		

I progetti più rilevanti tra quelli avviati nel 2018 risultano essere:

- ⇒ FALL IN AGE
- ⇒ CRITERIA-SPECIFIC ANALYSIS OF THE ACTIVE AGING INDEX RESULTS IN ITALY
- ⇒ IN-AGE
- ⇒ INNFAMIGLIA
- ⇒ CHANGE PROMOTING
- ⇒ ENTWINE

22

Il progetto **Fall-in-Age** finanziato nel programma Europeo Erasmus+ ha l'obiettivo di creare un percorso formativo sul tema delle prevenzione delle cadute rivolto ai medici di base o ad altri professionisti della sanità senza una specifica formazione su questo argomento. Il focus sarà sugli aspetti biomeccanici del cammino con particolare attenzione all'utilizzo di nuove tecnologie.

Il percorso formativo verrà reso disponibile attraverso una piattaforma internet appositamente sviluppata in inglese e nelle lingue dei paesi partecipanti Italiano, Spagnolo, Portoghese ed Olandese.

Partner del progetto oltre all'INRCA sono Universidade De Lisboa (Capofila), Instituto de Biomechanica De Valencia e EGPRN (European General Practice Research Network)

Criteria-specific analysis of the Active Aging Index results in Italy (2018): è un progetto coordinato dall'INRCA e finanziato dalle Nazioni Unite, che prevede di studiare le tendenze in Italia a proposito di invecchiamento attivo, basandosi sull'utilizzo dell'Indice di Invecchiamento Attivo, utilizzato per analizzare gli sviluppi in tale ambito nel periodo tra il 2007 e il 2016. Lo studio include un'analisi dell'invecchiamento attivo basata su alcune caratteristiche della popolazione anziana quali ad esempio sesso, ripartizione geografica, titolo di studio, zona di residenza, etc. Un ulteriore obiettivo dello studio, è quello di fornire raccomandazioni politiche basate sui risultati dello studio, e mirate ad una promozione più efficace dell'invecchiamento attivo in Italia.

Il progetto di ricerca **"Inclusive ageing in place (IN-AGE)"** (<https://medium.com/in-age>) è finanziato da Fondazione CARIPLO (Bando 2017 "Ricerca Scientifica. Ricerca sociale sull'invecchiamento: persone, luoghi e relazioni"), e ha durata 24 mesi a partire dal primo settembre 2018. Oltre l'INRCA, partecipano il Politecnico di Milano (capofila), l'Università Mediterranea degli Studi di Reggio Calabria, e l'AUSER. Lo studio parte dalla considerazione che l'invecchiamento della popolazione, e la presenza sempre maggiore di nuclei famigliari composti da anziani soli o assistiti da una badante straniera, pongono problematiche quali solitudine e potenziale abbandono/trascuratezza degli anziani stessi. L'esame delle dinamiche dei processi d'invecchiamento, in contesti sia urbani che extraurbani, sembra fondamentale per analizzare le diverse opportunità/criticità che l'inserimento in un particolare spazio comporta, anche in tema di accesso a servizi

di welfare, e supporti disponibili (servizi di prossimità, accompagnamento, sostegno a distanza per informal care). Il progetto ha quindi l'obiettivo di analizzare, attraverso un'indagine qualitativa in tre regioni italiane (Lombardia, Marche e Calabria), i modelli di *ageing in place* degli anziani fragili over 75 anni, in relazione ai contesti abitativi e alle relazioni sociali/amicali/familiari, al fine di individuare interventi utili per sostenerne la qualità della vita. Tutto ciò in un'ottica di prevenzione e gestione delle condizioni di limitazione dell'autonomia.

Il progetto **InnFamiglia** si propone di completare l'offerta dei servizi per le persone con demenza di Alzheimer e i loro caregivers, attraverso la valorizzazione delle competenze nel territorio e la progettazione di attività che coinvolgano la comunità. Il valore del progetto InnFamiglia consiste nella standardizzazione di un intervento innovativo per il supporto alle persone anziane affette da demenza e ai caregivers famigliari e formali che li assistono quotidianamente. Attraverso l'utilizzo di avanzate tecnologie e protocolli di ricerca e formazione innovativi, il consorzio si propone di sostenere le persone lungo tutto il decorso della malattia, sia in fase di disturbo soggettivo di memoria sia in fase severa, superando i vuoti dovuti alla frammentazione dei servizi esistenti

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.

Lo scopo principale del progetto "**Change Promoting**" è studiare la relazione tra l'invecchiamento dell'attività professionale e le condizioni di salute dei lavoratori, tramite uno studio osservazionale.

In particolare, in un campione di circa 1100 lavoratori coinvolti in diversi campi professionali, intendiamo:

1) identificare indicatori biologici di declino clinico-funzionale e indicatori socio-economici sensibili, in varia misura, agli effetti dell'invecchiamento precoce, specie nei turnisti ;

2) analizzare la compatibilità tra domanda di lavoro e capacità funzionale della persona, in merito a cambiamenti e flessibilità del sistema produttivo e dell'orario di lavoro;

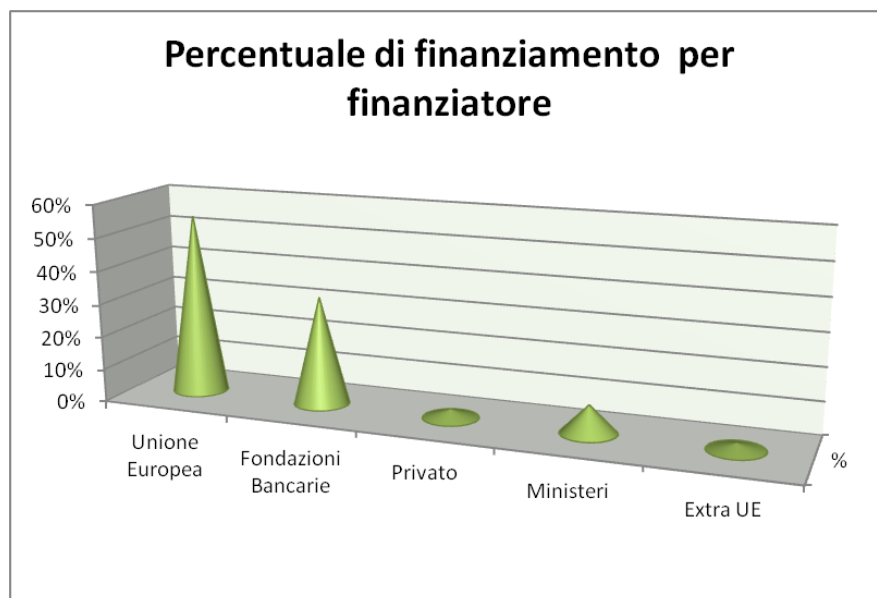
3) studiare l'influenza di fattori esterni al lavoro (es. lo stile di vita) sulla salute dei lavoratori;

I soggetti arruolati riceveranno questionari dell'indagine francese ESTEV (nella versione italiana), per valutare l'invecchiamento e il lavoro in relazione alla salute, la valutazione delle condizioni di lavoro, la percezione dello stress lavorativo, la percezione dello stato di salute (Nottingham Health Profile), assenteismo per malattia.

Il progetto **Entwine** mira ad offrire 15 borse triennali di dottorato nell'ambito di un programma europeo di ricerca incentrato sulle cure informali (<https://entwine-itn.eu/>), finanziato dal programma europeo Marie Skłodowska-Curie. Delle borse assegnate, due sono assegnate all'INRCA, di cui una incentrata sul rapporto tra caregiver informali e assistenti famigliari privati, e l'altra sulle tematiche dei servizi online di supporto per famigliari caregivers. I due dottorandi, che saranno selezionati nel corso del mese di gennaio 2019 e avvieranno la propria attività nel marzo successivo, saranno inseriti nel programma di dottorato della facoltà di economia dell'Università Politecnica delle Marche, che ha aderito sin dall'inizio al progetto come partner associato. La formazione dei dottorandi avverrà su base europea, sulla base di un programma formativo in parte comune a tutte le sedi dei 15 partecipanti al programma.

In termini di valore economico si rileva una netta prevalenza dei finanziamenti europei, seguiti da quelli delle fondazioni bancarie e ministeriali.

Tipologia Finanziatore	Finanziamento	%
Unione Europea	€ 622.458	54%
Fondazioni Bancarie	€ 372.500	33%
Privato	€ 30.000	3%
Ministeri	€ 95.820	8%
Extra UE	€ 24.700	2%



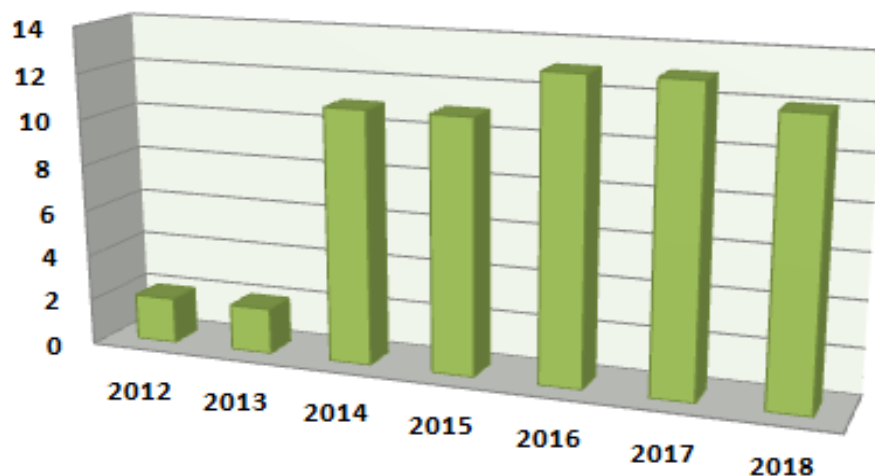
Analizzando la capacità di attrarre risorse dei diversi Presidi Inrca, si evidenzia un maggior fundraising del Polo Scientifico Tecnologico, seguito dalla Direzione Scientifica. Nel corso del 2018 non sono stati finanziati progetti per i POR di Cosenza, Fermo e Casatenovo.

Struttura	Numero progetti	%
DIREZIONE SCIENTIFICA	4	36%
POLO SCIENTIFICO TECNOLOGICO	5	45%
POR ANCONA	2	18%
Totale	11	100%

Nel corso del 2018, sono state gestite amministrativamente e contabilmente 64 commesse di ricerca finalizzata relative agli anni 2018 e precedenti, di cui:

Anno	N.progetti
2012	2
2013	2
2014	11
2015	11
2016	13
2017	13
2018	12
Totale	64

Progetti gestiti - Anni 2012-2018



Sono stati effettuati e inviati ai finanziatori dei progetti di ricerca 17 report economici, di cui:

- 7 relativi a progetti di ricerca europei
- 4 relativi a progetti finanziati dai Ministeri
- 3 relativi a progetti regionali
- 2 relativi a progetti finanziati da fondazioni bancarie
- 1 relativo a un progetto finanziato da una società scientifica.

25

Infine, sono stati gestiti e/o rendicontati 5 progetti in conto capitale, finanziati dal Ministero della Salute per l'acquisizione di attrezzature:

Progetti Ministeriali - Bando Conto Capitale	
Aggiornamento ed integrazione della piattaforma tecnologica per l'analisi genetica delle patologie dell'invecchiamento presso l'IRCCS INRCA -	179.238
Progetto BioGer. Creazione di una BioBanca INRCA per la diagnosi, la ricerca e l'assistenza in ambito geriatrico -	189.480
Istituzione di una rete collaborativa traslazionale intraregionale per la diagnosi precoce nella popolazione anziana delle neoplasie cutanee in fase iniziale con l'utilizzo del microscopio laser confocale	310.000
Istituzione di una rete collaborativa traslazionale intraregionale per la realizzazione di un'area di riabilitazione neuromotoria robotizzata per l'anziano, secondo l'approccio terapeutico End Effector-Based	420.000
Istituzione di rete collaborativa traslazionale intraregionale per la diagnosi precoce del tumore della prostata con mezzi innovativi e sua ricaduta assistenziale con trattamento mininvasivo (HIFU)	400.000
Totale	1.498.718

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

Come indicato in sede di Piano delle Performance le dimensioni strategiche dell'Istituto sono condizionate in maniera forte sia dalla natura dello stesso in termini di assetto giuridico sia dalla particolare mission aziendale. Pur essendo un unico istituto infatti la dimensione multi regionale impone necessariamente percorsi e processi diversi per ciascuna Regione di riferimento. Allo stesso modo la mission aziendale, la natura esclusivamente geriatrica dell'Istituto, se da una parte lo rende particolarmente "attraente" vista l'attualità del problema dell'invecchiamento della popolazione, dall'altra rende l'istituto unico nel suo genere e come tale non facilmente riconducibile agli attuali meccanismi di valutazione delle aziende sanitarie (a puro titolo di esempio non esistono DRG specificatamente geriatrici pur essendo ben più complessa la cura di un paziente ultra anziano e con quasi sempre più patologie concatenate tra loro).

In questo ambito l'Istituto si era posto in senso di unicità aziendale lo sviluppo:

- della vocazione territoriale;
- della conseguente implementazione e lo sviluppo dei rapporti interaziendali;
- della revisione e sviluppo di modelli operativi ed organizzativi innovativi che l'area della ricerca doveva "accompagnare";
- dei percorsi di valorizzazione delle risorse umane e professionali;
- dei percorsi tesi al mantenimento e sviluppo dell'orientamento alla qualità e alla sicurezza;
- dell'internazionalizzazione della ricerca biomedica per valorizzare l'impegno scientifico dei ricercatori, per promuovere la cooperazione ed incrementare la competitività, per favorire scambi internazionali che prevedano la mobilità dei ricercatori anche con reclutamenti dall'estero

Nello specifico:

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 traslazonalità tipica della ricerca sanitaria doveva 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 ha individuato 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;
- sviluppo di competenze relative alla implementazione dei risultati di ricerca clinica nella pratica (stesura di un protocollo clinico, procedure di approvazione del comitato etico, organizzazione e implementazione dello studio clinico, analisi dei dati scrittura di un articolo scientifico e preparazione di una presentazione);
- partecipazione ad attività propedeutiche alla site visit;
- coinvolgimento del personale dell'ospedale INRCA di Osimo nell'attività scientifica di Osimo nell'ottica di un futuro riconoscimento di Presidio Ospedaliero di Ricerca;
- partecipazione a gruppi di lavoro ministeriale;
- progettazione di piani di attività scientifica per l'utilizzo delle attrezzature/facilities acquisite con fondi di ricerca in conto capitale (Ministero della Salute, fondazioni bancarie) come previsto dalle convenzioni con gli enti finanziatori

Particolare attenzione andava 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 osserva l'importanza di temi che nel corso del 2018 ma anche nel triennio successivo caratterizzano e pervadono l'Istituto anche attraverso il contributo fattivo di tutte le uu.oo. potenzialmente interessate. Si faceva 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, secondo i criteri indicati in ambito di Conferenza Stato Regioni (30/10/2014);
4. allo sviluppo del piano cronicità necessario ad affrontare l'invecchiamento progressivo della popolazione, secondo i criteri indicati in ambito di Conferenza Stato Regioni (21/07/2016);
5. 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.
6. Allo sviluppo del sistema di gestione del rischio clinico
7. Al mantenimento certificazione Iso con adeguamento alla nuova normativa

In una logica più strettamente operativa per l'anno 2018 all'interno dell'Istituto sono stati 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;
- obiettivi volti al miglioramento della qualità clinica, appropriatezza ed efficienza attraverso il miglioramento degli indicatori 2017 relativi a
 - o Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 gg
 - o allo Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 gg
 - o all'Ictus ischemico: mortalità a 30 gg
 - o al BPCO riacutizzata: mortalità a 30 gg
 - o all'Int. TM colon: mortalità a 30 gg;
- obiettivi volti al miglioramento della qualità in Applicazione della DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016-volumi/esiti attraverso:
 - o % pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni superiore al 70%
 - o Proporzioni di ricoveri per infarto miocardico acuto eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi >100 casi annui pari al 100%
 - o Proporzioni di ricoveri per PTCA eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui pari al 100% o assenza di PTCA
 - o Proporzioni di ricoveri per PTCA primarie in STEMI eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui totali superiori al 30% o assenza PTCA
 - o % 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:
 - o 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
 - o 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.
 - o 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:
 - o Una % superiore al 90% dei pazienti con ictus ischemico sottoposti ad esame neuroradiologico entro 60 minuti dall'ingresso
 - o 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'appropriatezza e al controllo della spesa farmaceutica ospedaliera "pura" con riferimento alla recente DGR 963/2017;

28

Infine si segnala per l'Istituto l'importanza dell'attuazione dei progetti di investimento finanziati con la DGRM 1250/2017. Nello specifico si fa riferimento:

- o All'implementazione del sistema di Telemedicina che in realtà rappresenta un progetto a valenza regionale per conto della Regione Marche
- o All'adeguamento delle attrezzature necessarie alla Medicina Nucleare del Por Inrca di Ancona
- o All'adeguamento delle attrezzature necessarie al completamento / potenziamento del percorso HIFU per il Tumore alla Prostata
- o All'acquisto delle attrezzature per l'attivazione della riabilitazione neuromotoria robotizzata per l'anziano da attuarsi presso il Por Inrca di Fermo

All'aggiornamento ed estensione delle tecnologie necessarie per la gestione dei pazienti critici nei poli ospedalieri dell'Inrca di Ancona e Fermo

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

Nel corso del 2018 e nel triennio successivo l'azione della Direzione è volta 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, ancor di più in considerazione dei nuovi scenari di riferimento (Osimo e Merate).

È in questa logica che si inseriscono gli obiettivi specifici 2018. Nello specifico infatti si sono forniti i seguenti riferimenti:

- a) La Direzione Amministrativa si è impegnata in primis ad integrare le attività pervenute a seguito della acquisizione del ramo di azienda relativo al presidio di Osimo. Particolare attenzione è stata posta sulle attività riguardanti:

- a. Acquisizione del personale e dei relativi fascicoli con inizio della gestione con decorrenza 1/1/2018
 - b. Subentro in tutti i contratti di fornitura di beni e servizi nonché di quelli relativi a manutenzioni e lavori trasferiti con il ramo d'azienda.
 - c. Presa in carico dei cantieri in corso con individuazione e copertura delle varie responsabilità del cantiere
 - d. Evidenziazione dei finanziamenti in conto capitale inerenti i relativi investimenti e lavori
 - e. Definizione del budget di spesa corrente e in conto capitale necessario per la gestione del presidio
 - f. Definizione dell'inventario dei beni materiali ed immateriali nonché delle giacenze di magazzino trasferite
 - g. Definizione del bilancio contabile di cessione e del relativo valore netto da prendere in carico
- b) la Direzione Amministrativa si è impegnata altresì in un attento monitoraggio dei costi di parte corrente e di parte c/capitale alla luce sia dell'evento di cui al punto a) sia dell'avvenuta riduzione del budget provvisorio nella misura del 2% rispetto al budget 2017. Particolare rilevanza è stata data alla definizione delle risorse umane assegnate dalla Direzione Generale alle varie unità operative a seguito del percorso di budget 2018 ed in coerenza con gli obiettivi quali-quantitativi individuati.
- c) È stato altresì effettuato un nuovo percorso di modifica dell'atto aziendale con contestuale ridefinizione dei dipartimenti strutturali e funzionali e con estensione dell'assetto degli incarichi a seguito dell'incorporazione del ramo di azienda inerente il Presidio di Osimo
- d) Per gli immobili per i quali la strategia di dismissione appare inevitabile, è stato 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 si è concretizzata 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. Si è proceduto alla realizzazione dell'inventario.
- e) In area acquisizione beni e servizi è rimasto indispensabile il supporto adeguato e consequenziale all'attività della SUAM fornendo i capitoli nelle tempistiche e nelle modalità più corrette;
- f) Nel corso del 2018 si poneva il problema di procedere alla messa a regime del nuovo software di area sanitaria recentemente acquisito;
- g) Nel 2018 l'area amministrativa si poneva in un ruolo chiave nella conferma della certificazione ISO dell'Istituto in considerazione dei cambiamenti della norma ISO 9001/2015

Sempre in questo ambito hanno meritato poi 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 2018 dovevano essere rafforzate le attività finalizzate alla trasparenza e alla prevenzione della corruzione secondo quanto già avviato sulla base della DGEN 9/2016 che esplicitava la politica aziendale in materia di PTPC. Inoltre, dovevano essere definiti anche per il 2018 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 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. In questo senso uno degli obiettivi strategici aziendali è stato individuato nella diffusione della cultura della trasparenza, che da formale diventa trasparenza "utile" grazie al coinvolgimento di tutti gli operatori, parte attiva del processo di miglioramento.

6 I risultati raggiunti a livello di unità operative

Il piano delle performance 2018 articolato come sopra ha poi trovato declinazione nell'ambito delle schede di budget dei diversi Centri di Responsabilità che è stato oggetto della DGEN 419/2018. Il raggiungimento delle performance previste nel piano 2018 è riscontrabile attraverso il livello di raggiungimento degli obiettivi come da processo di valutazione realizzato nel corso del 2019 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 2017 con il superamento della faticosa soglia dei 500 punti di IFN e dall'ottenimento di una comunque importante quota di finanziamento esterni derivanti da ricerche finalizzate, stabilmente sopra il milione di €;
- nel rafforzamento dell'integrazione con il territorio da parte dell'Inrca con il rafforzamento del positivo percorso di incorporazione dell'Ospedale di Osimo, sia in termini sanitari, con la creazione di percorsi di collegamento tra le due realtà, che gestionali, tecnico - amministrativi;
- nel rafforzamento "sanitario" dell'Istituto attraverso il positivo raggiungimento di gran parte degli obiettivi regionali Marche;
- nel rafforzamento della vocazione geriatrica dell'Istituto anche attraverso l'introduzione di percorsi infermieristici specificatamente inerenti il target di utenza Inrca (vedi scala di Gordon) e/o indagini di prevalenza su Ldd, cadute, contenzione, cateterismo vescicale;
- nel rafforzamento della vocazione di integrazione interaziendale attraverso il positivo funzionamento del Peg team, il processo di riprogettazione del percorso nutrizione intraospedaliero;
- 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 mobilitazione dei pazienti geriatrici;
- nell'introduzione del processo di informatizzazione delle richieste di approvvigionamenti dei reparti;

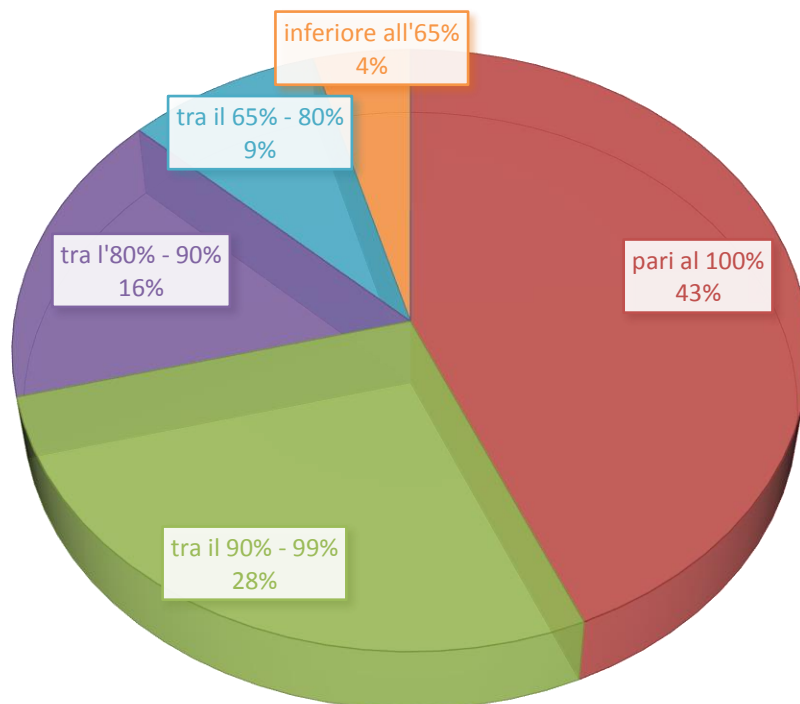
Sinteticamente su 69 Centri di Responsabilità con schede di Budget negoziate nel 2018:

- 30 CdR (pari al 43,48%) hanno raggiunto il 100% degli obiettivi assegnati
- 39 CdR (pari al 56,52%) non hanno raggiunto il 100% degli obiettivi assegnati.

Dei 39 CdR che non hanno raggiunto gli obiettivi:

- 3 CdR hanno avuto una percentuale di raggiungimento degli obiettivi inferiore al 65%
- 6 CdR hanno avuto una percentuale di raggiungimento degli obiettivi tra il 65% e l'80%
- 11 CdR hanno avuto una percentuale di raggiungimento degli obiettivi tra l'80% e il 90%
- 19 CdR hanno avuto una percentuale di raggiungimento degli obiettivi tra il 90% e il 99%

PERCENTUALE DI UU.OO. SUL TOTALE PER GRADO DI RAGGIUNGIMENTO %



7 I risultati raggiunti nella performance individuale

La valutazione del personale è un importante strumento a supporto dell'Istituto, volto alla valorizzazione del personale dipendente, oltre che di analisi e verifica delle performance. Essa è stata introdotta dall'Istituto sin dal 2009 con una doppia valenza, sia a sostegno dei processi di miglioramento dell'Istituto che dei singoli individui. Infatti, dal punto di vista dell'Istituto, questo processo è orientato al miglioramento delle prestazioni nei confronti dei clienti esterni ed interni, mentre a livello individuale permette di stimolare lo specifico apporto del singolo e le sue competenze professionali, oltre che incoraggiare e valorizzare i comportamenti individuali. Infine va ricordato che la scheda di valutazione individuale del personale è parte integrante del sistema premiante.

Presupposto dell'attività di valutazione è l'assunto che le risorse umane rappresentano il patrimonio strategico dell'Istituto e come tali debbano essere adeguatamente valorizzate. La verifica dei risultati ottenuti costituisce, inoltre, un ritorno significativo per il dipendente sul livello quali - quantitativo dell'attività svolta, in modo da poter soddisfare meglio le aspettative future.

Le tabelle seguenti evidenziano i risultati raggiunti nel corso del 2018 dalla performance individuale.

Dagli stessi si evince la necessità per l'Istituto di rafforzare la dimensione della valutazione individuale ridando "spinta" alla stessa al fine di ottenere i benefici potenziali sopra descritti. In questa logica va sicuramente l'aspetto che, come in più sedi ripetuto, la differenziazione dei giudizi non rappresenta un fine di un SMVP ma di sicuro ne rappresenta un indicatore della qualità dello stesso.

Scheda di valutazione individuale anno 2018		TOTALE INRCA	
		num	%
DIRIGENTI	pari al 100%	164	67,5%
	tra 95% e 99,99%	58	23,9%
	tra 90% e 94,99%	17	7,0%
	< 90%	4	1,6%
	Numero schede	243	100,0%
COMPARTO	pari al 100%	854	89,7%
	tra 95% e 99,99%	57	6,0%
	tra 90% e 94,99%	23	2,4%
	< 90%	18	1,9%
	Numero schede	952	100,0%

Scheda di valutazione individuale anno 2018		Por Cosenza		Por Casatenovo		Presidi Marche	
		num	%	num	%	num	%
DIRIGENTI	pari al 100%	15	75,0%	10	90,9%	112	64,4%
	tra 95% e 99,99%	4	20,0%		0,0%	45	25,9%
	tra 90% e 94,99%		0,0%		0,0%	15	8,6%
	< 90%	1	5,0%	1	9,1%	2	1,1%
	Numero schede	20	100,0%	11	100,0%	174	100,0%
COMPARTO	pari al 100%	74	97,4%	76	90,5%	639	89,9%
	tra 95% e 99,99%		0,0%		0,0%	47	6,6%
	tra 90% e 94,99%	2	2,6%	4	4,8%	15	2,1%
	< 90%		0,0%	4	4,8%	10	1,4%
	Numero schede	76	100,0%	84	100,0%	711	100,0%

Scheda di valutazione individuale anno 2018		Area Amministrativa di supporto		Polo Scientifico	
		num	%	num	%
DIRIGENTI	pari al 100%	11	64,7%	16	76,2%
	tra 95% e 99,99%	5	29,4%	4	19,0%
	tra 90% e 94,99%	1	5,9%	1	4,8%
	< 90%		0,0%		0,0%
	Numero schede	17	100,0%	21	100,0%
COMPARTO	pari al 100%	58	78,4%	7	100,0%
	tra 95% e 99,99%	10	13,5%		0,0%
	tra 90% e 94,99%	2	2,7%		0,0%
	< 90%	4	5,4%		0,0%
	Numero schede	74	100,0%	7	100,0%

Il sistema della trasparenza dell'Istituto è frutto di un percorso condiviso con i dirigenti delle unità operative, che ha portato alla definizione delle regole di funzionamento per assicurare la massima trasparenza dell'Istituto.

L'Istituto ha adottato, con determina del Direttore Generale n. 324 a del 03.10.2013, le procedure necessarie per assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi e nominato i referenti aziendali per la Trasparenza, su proposta del dirigente dell'ufficio competente per la pubblicazione.

La rete dei referenti per la Trasparenza viene aggiornata ogniqualvolta ciò si renda necessario a seguito di modifiche organizzative o riattribuzione di funzioni e competenze e vengono confermati annualmente in modo formale nell'ambito dell'approvazione del Piano per la Trasparenza e la Prevenzione della Corruzione (PTPC).

L'attività di monitoraggio è svolta dal Responsabile per la Prevenzione e la Trasparenza (RPCT) con cadenza almeno trimestrale, coinvolgendo oltre ai referenti i dirigenti delle strutture competenti alla pubblicazione dei dati.

Con il d.lgs. 33/2013 la trasparenza ha assunto il rango di obiettivo strategico la cui realizzazione è garantita attraverso la declinazione in linee guida e obiettivi operativi nell'ambito del Piano delle Performances (PP) delle misure contenute nel PTPC.

In particolare anche per il 2018, nel PP sono espressamente dichiarati obiettivi strategici in materia di trasparenza ai quali si rinvia.

In tale ambito si segnala che nell'assegnazione degli obiettivi di budget 2018 si segnala quello specificatamente assegnato all'U.O. Formazione e Aggiornamento del Personale per l'attivazione di un percorso formativo finalizzato alla diffusione della cultura della trasparenza.

34 Nel corso del 2018 sono state realizzate le seguenti iniziative formative:

1 - un corso di formazione in house dal titolo: LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE: PIANO ANTICORRUZIONE E CODICI DI COMPORTAMENTO.- 26/11/2018 - la cui documentazione circa l'ampia partecipazione è agli atti della U.O. Formazione

2 - un incontro formativo - informativo con il Comitato di Partecipazione dell'INRCA sul sistema di trasparenza e prevenzione della corruzione adottato dall'INRCA realizzato in data 6 dicembre 2018 con la finalità di coinvolgere, attraverso le associazioni, la società civile e gli stakeholder dell'Istituto, al fine di favorire la partecipazione democratica come è nello spirito della normativa c.d. "Anticorruzione".

Inoltre rispetto all'obiettivo strategico generale del miglioramento del sistema di trasparenza e prevenzione della corruzione si è proceduto alla revisione di procedure e all'adozione e/o revisione di regolamenti aziendali che hanno contribuito al rafforzamento del sistema delle regole e all'introduzione di meccanismi operativi orientati alla completa tracciabilità dei processi.

9 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 di 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 de-escalation
- 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://www.inrca.it/inrca/files/Pretorio/278dgen.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.

11 ALLEGATO N. 1 – Risultati per UU.OO.

'R0105100 - UOC ACQUISIZIONE BENI SERVIZI LOGISTICA ATL		Responsabile : Dr.ssa Nardi Direttore Dipartimento: dr.ssa Nardi		BUDGET 2018													
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	RISORSE AGGIUNTI VE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZION E CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario																	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	Determina della programmazione biennale e sottosoglia e soprasoglia comunitaria anni 2019 - 2020	Presentazione della determina di programmazione biennale entro il mese di dicembre 2018 insieme al CO. GEST. per consentire l'approvazione della Determina entro i termini dovuti	Bozza di determina approvata dalla Direzione Amministrativa	entro 31/12/2018				15%	15%						Vista la documentazione ricevuta, si ritiene l'obiettivo non valutabile	Obiettivo non valutabile	
	Integrazione PO di Osimo	attivazione ed estensione dei contratti previsti dalla convenzione in corso di stipula con l'Asur	Estensione delle forniture e dei servizi attivi presso l'Istituto	secondo il cronoprogramma indicato nella convenzione				15%	15%				documentazione già pervenuta al Cogest		Vista la documentazione ricevuta, si ritiene l'obiettivo raggiunto	Obiettivo non valutabile	
	Integrazione PO di Osimo	Affidamento in concessione del servizio Bar	Stipula del contratto di concessione	entro il 31/12/2018				10%	10%				documentazione già pervenuta al Cogest		Vista la documentazione ricevuta, si ritiene l'obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Regolamento di applicazione art. 113 D.Lgs 50/2016	Realizzazione Regolamento da presentare come bozza alla Direzione per consentire l'approvazione della Determina entro il 31/12	Bozza di determina approvata da Direzione	entro 31/12/2018				10%	10%				documentazione già pervenuta al Cogest		Vista la documentazione ricevuta, si ritiene l'obiettivo non valutabile	Obiettivo non valutabile	
	Regolamento sotto soglia	Realizzazione Regolamento da presentare come bozza alla Direzione per consentire l'approvazione della Determina entro il 30/09	Bozza di determina approvata da Direzione	entro 31/10/2018				5%	10%				documentazione già pervenuta al Cogest		Vista la documentazione ricevuta, si ritiene l'obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Piano Strategico	Realizzazione attività di supporto alla Direzione per la realizzazione del Piano strategico aziendale da realizzarsi entro il 31/12	Bozza di determina approvata da Direzione	entro il 31/12/2018				10%	10%				documentazione già pervenuta al Cogest		Vista la documentazione ricevuta, si ritiene l'obiettivo raggiunto	Obiettivo non valutabile	
	Obiettivi regionali ex DGRM 471/2018	Realizzazioni attività per rispetto target regionali su obiettivi specificatamente attribuiti	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	10%	100,00%	100,00%	10%	10%						obiettivo 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							25%	20%								

'R0104000 - SOSP UFFICIO AFFARI GENERALI			Responsabile : Dr.ssa Tonucci Direttore Dipartimento: dr.ssa Nardi		BUDGET 2018													
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIV O	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMEN TO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZ A	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTI VE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIO NE 1° ISTANZA	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE		
Economico-finanziario																		
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																		
	Ricognizione tipologie atti inerenti l'attività di ricerca di competenza dell'ufficio e revisione modulistica inerente l'avvio del procedimento di adozione dell'atto	Ricognizione tipologie atti inerenti la ricerca e revisione modulistica	Individuazione tipologie atti e modulistica revisionata	entro 31/12/2018				5%	10%				documentazione e già pervenuta al Cogest.	Con prot. n. 38455 del 21/12/2018 è stato trasmesso alla Direzione Amministrativa l'elenco nel quale sono state individuate le tipologie di atti inerenti la ricerca e la modulistica revisionata relativa alla "Lettera per l'Accettazione dei Contributi relativi a Progetti di Ricerca" da utilizzare per l'avvio del procedimento di adozione dell'atto.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	Protocollo IRIDE (in collaborazione con ASI)	Ricognizione autorizzazioni utenti	Redazione elenco autorizzazioni in essere per UO	entro 31/10/2018				10%	10%				documentazione e già pervenuta al Cogest.	Con prot. n. 31955 del 29/10/2018 è stato trasmesso alla Direzione Amministrativa l'elenco delle autorizzazioni utenti IRIDE, in essere al 03/09/2018 e allegato, per opportuna conoscenza, il file "invio mail.zip" contenente i messaggi inviati via mail ai responsabili delle scrivanie con la richiesta di revisione degli utenti	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	Protocollo IRIDE (in collaborazione con ASI)	Revisione procedura autorizzativa attivazione / disattivazione utenti	Inserimento nuova procedura in http://04srv-intra.inrca.local:8083/modulistica.asp	entro 31/10/2018				5%	10%				documentazione e già pervenuta al Cogest.	Con prot. n. 31955 del 29/10/2018 è stato comunicato alla Direzione Amministrativa che la procedura e il relativo modulo di richiesta erano disponibili in intranet all'indirizzo in http://04srv-intra.inrca.local:8083/modulistica.asp.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	Definizione di una procedura di gestione delle domande dei concorsi pubblici	Presentazione di una proposta per la definizione di una procedura per la gestione delle domande dei concorsi pubblici	definizione della procedura con individuazione della modalità di trasferimento delle domande all'ufficio personale	entro il 31/10/2018				5%	10%				documentazione e già pervenuta al Cogest.	Con prot. n. 31955 del 29/10/2018 è stata trasmessa alla Direzione Amministrativa la procedura di gestione delle domande dei concorsi pubblici con l'individuazione delle modalità di trasferimento delle domande all'Ufficio Personale e dei relativi allegati (Allegato 1 - Consegna alla UO Amministrazione Risorse Umane e Allegato 2 - File associazione nominativo candidato ID portale e Numero Protocollo).	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	Proposta di modifica determina competenza relativamente all'UO Affari Generali e all'UO ARU	definizione di un elenco puntuale delle competenze a carico dell'UO AG	Proposta di modifica della determina	entro il 31/10/2018				10%	5%				documentazione e già pervenuta al Cogest.	Con prot. n. 31955 del 29/10/2018 è stata trasmessa alla Direzione Amministrativa la proposta di modifica della determina attualmente in vigore (n. 57/DGEN/2018), con l'elenco puntuale delle competenze a carico dell'UO Affari Generali	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	Proposta di una procedura che individui gli attori e la tempistica (per l'UO Affari Generali) del percorso di convenzionamento.	Proposta di una procedura che individui gli attori e la tempistica (per l'UO Affari Generali) del percorso di convenzionamento in relazione alla casistica prevista dal regolamento Convenzioni di cui alla proposta di determina impronta n.: 8C9DEC4B1140765C1A434D5A27D39CA6816E862C, 56/01 del 29/11/2017 AFFGEN_DG(L)	Proposta di procedura.	entro il 15/12/2018				5%	10%				documentazione e già pervenuta al Cogest.	Con prot. n. 37472 del 13/12/2018 è stata trasmessa alla Direzione Amministrativa la Proposta di una procedura che individui gli attori e la tempistica (per l'UO Affari Generali) del percorso di convenzionamento in relazione alla casistica prevista dal regolamento Convenzioni di cui alla proposta di determina impronta n.: 8C9DEC4B1140765C1A434D5A27D39CA6816E862C, 56/01 del 29/11/2017 AFFGEN_DG(L).	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	Convenzione con banca dell'Osso	Realizzazione Convenzione da presentare come bozza alla Direzione per consentire l'approvazione della Determina entro il 30/09	Bozza di determina approvata dalla Direzione	entro 30/09/2018				10%	10%				documentazione e già pervenuta al Cogest.	Convenzione approvata con determina n. 210/DGEN del 05/07/2018.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	Modifica Atto aziendale	Predisposizione determina di approvazione	Bozza di determina da presentare entro 15 giorni dal ricevimento del documento definitivo trasmesso dalla direzione	entro 15 giorni dal ricevimento del documento definitivo trasmesso dalla direzione				10%	10%				documentazione e già pervenuta al Cogest.	Con prot. n. 35816 del 30/11/2018 è stato comunicato alla Direzione Amministrativa che con determina n. 394/DGEN del 22/11/2018 è stato adottato il nuovo regolamento aziendale pervenuto all'ufficio con prot. n. 34049 del 16/11/2018.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	Regolamento compensi avvocatura dell'ente	bozza Regolamento compensi avvocatura dell'Ente e relativa bozza di determina da trasmettere alla Direzione entro il 30/11	Bozza di determina	entro 30/11/2018				5%					documentazione e già pervenuta al Cogest.	Con prot. n. 35816 del 30/11/2018 è stato trasmesso alla Direzione Amministrativa la bozza del Regolamento compensi avvocatura dell'Ente e la relativa bozza di determina.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	Predisposizione della relazione inerente gli aspetti giuridici relativi ad una revisione dell'assetto dei presidi ospedalieri INRCA a seguito dell'incorporazione del Presidio di Osimo	Predisposizione della relazione	Relazione	entro 31/10/2018				10%	5%				documentazione e già pervenuta al Cogest.	Con prot. n. 31955 del 29/10/2018 è stata trasmessa alla Direzione Amministrativa la relazione inerente gli aspetti giuridici relativi ad una revisione dell'assetto dei presidi ospedalieri dell'INRCA a seguito dell'incorporazione del Presidio di Osimo appositamente predisposta.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
INRCA Allegati alla Determina 39 del 28/01/2020																		
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																		
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e																		
Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi								25%	20%									

'R0105200 - SOC AMMINISTRAZIONE RISORSE UMANE ATL		Responsabile : Dr.ssa Palermi Direttore Dipartimento: dr.ssa Nardi		BUDGET 2018													
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	RISORSE AGGIUNTE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario																	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	Standardizzazione procedure verifica idoneità e invalidità alla mansione	creazione documenti da produrre	documento che indica inizio e fine procedura a carico dell'ufficio	Esistenza degli strumenti sull'intranet aziendale entro il 31/12/2018				5%	10%				Documentazione inviata in data 28/12/2018	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Regolamento idoneità al lavoro	Verifica e aggiornamento, in collaborazione con DAPO, DMPO e RSPP, del regolamento di idoneità al lavoro in base alle nuove normative contrattuali	Presentazione bozza di nuovo regolamento alla Direzione Amministrativa per approvazione della stesso	entro 30/11/2018				5%					Documentazione inviata in data 30/11/2018	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Accesso digitale procedure di reclutamento Inrca	creazione DB con tutte le procedure di reclutamento aggiornate	stato dell'arte di ciascuna procedura aggiornata	DB concorsi e avvisi inrca				10%	10%				Documentazione inviata in data 28/12/2018	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Nuovo modello organizzativo PO e coordinamenti	proposta alla direzione di un nuovo modello organizzativo PO e coo	proposta	proposta modello organizzativo area comparto entro 30/11				5%					Documentazione inviata in data 30/11/2018	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Progetto certificazione	Messa in campo attività per l'adeguamento alla nuova normativa	Mantenimento certificazione	vedi indicatore soluzione alle non conformità riscontrate				5%	10%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Sistema informativo per il personale	Relazione sulla gestione del contratto Infoline con proposta di ridefinizione di un nuovo capitolato	presentazione proposta	entro il 30/11/2018				5%					Documentazione inviata in data 30/11/2018	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Integrazione PO di Osimo	attivazione ed estensione dei contratti previsti dalla convenzione in corso di stipula con l'Asur	Passaggio del personale dipendente presso l'Istituto	secondo il cronoprogramma indicato nella convenzione				5%	10%			Documentazione inviata in data 01/03/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Regolamento Reclutamento tempo determinato	Realizzazione Regolamento reclutamento tempi determinati da presentare come bozza alla Direzione per consentire l'approvazione della Determina entro i termini dovuti	Presentazione bozza di nuovo regolamento alla Direzione Amministrativa per approvazione della stesso	entro 30/11/2018				5%	10%				Documentazione inviata in data 30/11/2018	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Regolamento Procedimenti disciplinari	Realizzazione Regolamento procedimenti disciplinari da presentare come bozza alla Direzione per consentire l'approvazione della Determina entro i termini dovuti	Presentazione bozza di nuovo regolamento alla Direzione Amministrativa per approvazione della stesso	entro 30/11/2018				5%	10%				Documentazione inviata in data 30/11/2018	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Regolamento Missioni	Realizzazione Regolamento missioni da presentare come bozza alla Direzione per consentire l'approvazione della Determina entro i termini dovuti	Presentazione bozza di nuovo regolamento alla Direzione Amministrativa per approvazione della stesso	entro 30/11/2018				5%	10%				Documentazione inviata in data 30/11/2018	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Regolamento incarichi professionali ex art. 7 D. Lgs 165/2001	Realizzazione Regolamento incarichi professionali ex art. 7 D. Lgs 165/2001 da presentare come bozza alla Direzione per consentire l'approvazione della Determina entro i termini dovuti	Presentazione bozza di nuovo regolamento alla Direzione Amministrativa per approvazione della stesso	entro 30/11/2018				5%	10%				Documentazione inviata in data 30/11/2018	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Contratto integrativo Comparto	Proposta di applicazione contratto integrativo comparto da presentare alla Direzione	Proposta di applicazione approvata dalla Direzione	entro 30/11/2018				5%					Documentazione inviata in data 30/11/2018	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Adeguamento contrattuale Regolameto orario di lavoro	Realizzazione Regolamento orario di lavoro come adeguamento contrattuale da presentare come bozza alla Direzione	Presentazione bozza di nuovo regolamento alla Direzione Amministrativa per approvazione della stesso	entro 30/11/2018				5%					Documentazione inviata in data 30/11/2018	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Obiettivi regionali ex DGRM 471/2018	Realizzazioni attività per rispetto target regionali su obiettivi specificatamente attribuiti	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	5%	100%	100%	5%					Documentazione inviata in data 15/03/2019	obiettivo 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							25%	20%								

'R0105300 - SOSP AMMINISTRAZIONE E FINANZA ATL			BUDGET 2018															
Responsabile : Dr.ssa Pacenti Direttore Dipartimento: dr.ssa Nardi																		
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 COMPART O	RISORSE AGGIUNTI VE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA		
Economico-finanziario																		
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																		
	Applicazione a regime Pac Disponibilità Liquide	Riconciliazione della risultanze di cassa dell'Azienda con quelle dell'Istituto Tesoriere	Verifiche trimestrali di tesoreria	Verifica trimestrale entro la fine del mese successivo al trimestre a partire dal 3° trimestre 2018				20%	15%				Documentazio ne inviata in data 06/11/2018	Ad integrazione della documentazione già inviata in data 06_11_2018 si invia il file denominato verifica di cassa al 31_12_2018	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto		
	Applicazione nuovi modelli ministeriali CE_SP	Aggiornamento piano conti aziendale per renderlo idoneo ad alimentare i nuovi modelli ministeriali	Apertura e/o integrazione dei conti del piano dei conti in uso	entro chiusura di bilancio 2018				10%	15%			Obiettivo in condivisione con il cogest		L'obiettivo per l'anno 2018 va considerato NON VALUTABILE perché in corso d'opera , come da disposizioni ministeriali (vedi mail allegata_1), l'applicazione dei nuovi modelli CE ed SP è stata posticipata all'anno 2019, precisamente con l'adozione del bpe 2019 tant che, per questo motivo, la scadenza dell'inserimento nel NSIS del bilancio di previsione è stata rinviata al 30/04/2019. Tuttavia in fase di predisposizione delle schede di budget 2018 si era ritenub necessario inserire tale obiettivo perché inizialmente l'orientamento ministeriale confermato dalle mail allegate 2 e 3, era quello di introdurre tali modelli con il bilancio d'esercizio 2018. Si invia dunque il file a comprova del lavoro avviato denominato "obiettivo rivalutazione piano dei conti".	obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile		
	Assolvimento debito informativo MEF	Caricamento modello 003	Rispetto scadenza mensile	Entro il 16 di ogni mese				10%	15%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	Attestazione della regolarità contabile della spesa in c_capitale	Definizione procedura dell'iter amministrativo_contabile anche attraverso le necessarie implementazioni in Navision	Realizzazione procedura e diffusione della stessa vs tutti i soggetti coinvolti	Entro il 31/10/2018				10%	15%			Obiettivo in condivisione con il cogest	Documentazio ne inviata in data 31/10/2018		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	Gestione contabilità commesse ricerca	atto di ricognizione di tutte le commesse con i residui al 31/12	vedi azione	entro chiusura di bilancio 2018				10%	10%			Obiettivo in condivisione con il cogest		l'obiettivo è da considerare non valutabile alla luce della nota 16918/19 - A1	obiettivo non valutabile	obiettivo raggiunto		
	Gestione contabilità libera professione	studio della contabilità separata della libera professione	Presentazione proposta alla Direzione amministrativa di gestione separata	Entro gennaio 2019				5%					Documentazio ne inviata in data 01/02/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	Obiettivi regionali ex DGRM 471/2018	Realizzazioni attività per rispetto target regionali su obiettivi specificatamente attribuiti	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	10%	98,2%	100%	10%	10%					l'obiettivo è da considerare raggiunto alla luce della documentazione di cui alla mail del 21_02_2018	obiettivo 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					25%	20%									

R0105400 - SOC ATTIVITA' TECNICHE NUOVE OPERE PATRIMONIO ATL		Responsabile : Ing. Madeo Direttore Dipartimento: dr.ssa Nardi		BUDGET 2018													
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	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE E CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario																	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	Valorizzazione patrimonio aziendale	mappatura delle attuali proprietà con relativo stato giuridico di utilizzo, con adeguamento dei dati inseriti nel sistema di contabilità aziendale (Navision)	controllo ed implementazione dei dati inseriti in Navision	corrispondenza delle proprietà dell'Istituto con i dati inseriti in Navision				5%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Valorizzazione patrimonio aziendale	presentazione di una proposta di analisi nella gestione del patrimonio: vendita o strategie alternative	presentazione della proposta indicata in azione	programmazione degli interventi previsti, a seguito dell'approvazione della proposta presentata; supporto tecnico ai processi di vendita. Predisposizione di un bando di vendita per la parte realizzabile entro il 31/12/2018				5%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Valorizzazione patrimonio aziendale	supporto alla fase di esecuzione dell'inventario e successiva gestione del patrimonio mobiliare	controllo ed implementazione dei dati inseriti in Navision	mantenimento della corrispondenza del patrimonio mobiliare dell'Istituto con i dati inseriti in Navision				5%	5%						obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile	
	Valorizzazione patrimonio aziendale	ricognizione e revisione presso i singoli comuni dei tributi locali pagati dall'Istituto	invio di eventuali richieste di rettifica/rimborsi	pagamento dei corretti importi dovuti ed eventuali risparmi economici, rispetto agli anni precedenti				5%	10%						obiettivo non raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Integrazione con Osimo	subentro nei contratti relativi a servizi e forniture di competenza dell'UO nonché a manutenzioni e lavori trasferiti con il ramo d'azienda	voltura delle utenze (acqua, gas) ed adesione alle convenzioni Consip (fornitura di energia elettrica, gestione calore); subentri e nuove procedure per le manutenzioni	presa in carico				5%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Integrazione con Osimo	(eventuale) presa in carico del cantiere in corso (1° stralcio PS) con individuazione e copertura delle varie responsabilità del cantiere	volturazione contratti delle operazioni e redazione degli atti necessari, individuazione delle figure richieste (RUP, CSE)	presa in carico				5%	10%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Integrazione con Osimo	Programmazione interventi ed evidenziazione dei finanziamenti in conto capitale inerenti ai relativi investimenti e lavori; definizione del budget di spesa corrente necessario per la gestione del presidio	indicazione dei finanziamenti in conto capitale e loro collegamento con i lavori trasferiti o da eseguire; predisposizione del budget per la gestione del presidio, con indicazione della spesa corrente	ottenimento della copertura per il finanziamento degli interventi programmati; disponibilità del budget per la gestione del presidio, con indicazione della spesa corrente e in conto capitale				5%	10%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Integrazione con Osimo	definizione dell'inventario dei beni materiali ed immateriali (vedi terzo punto dell'obiettivo "Valorizzazione patrimonio aziendale")	controllo ed implementazione dei dati inseriti in Navision	mantenimento della corrispondenza del patrimonio mobiliare dell'Istituto con i dati inseriti in Navision				5%	10%						obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile	
	Area acquisizione beni e servizi	gara SUAM	predisposizione degli atti necessari alla partecipazione	adesione alla gara una volta effettuata				5%	5%						obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile	
	Presidio di Appignano	Avvio dei lavori	vedi azione	verbale di consegna del cantiere da realizzarsi entro il 15/11				15%	10%						obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile	
	Contabilità Commesse	Aggiornamento in tempo reale della contabilità su Navision	Scostamento massimo del 10% tra i Report mensili progressivi fatti a cura dell'UO Cogest e UO AF a partire da settembre 2018	vedi indicatore				10%	10%						obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile	
	Obiettivi regionali ex DGRM 471/2018	Realizzazioni attività per rispetto target regionali su obiettivi specificatamente attribuiti	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	5%	100%	100%	5%							obiettivo 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							25%	20%								

Responsabile : Ing. Arzeni Direttore Dipartimento: dr.ssa Nardi		BUDGET 2018													
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	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
titativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)															
Prescrizione specialistica dematerializzata	azioni connesse al processo legato alla ricetta specialistica dematerializzata integrata con SAR marche	Attivazione della prescrizione specialistica dematerializzata all'interno della cartella del sistema informatico sanitario	vedi indicatore				10%	10%				documentazione inviata in data 21/10/2018		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Definizione e aggiornamento dotazione postazioni di lavoro	azioni connesse al processo di revisione e documentazione dell'attuale dotazione pc dell'istituto	Documentazione dell'asset della dotazione di pc dell'istituto	Definizione documento				20%	20%				documentazione inviata in data 21/10/2018		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Protocollo IRIDE (in collaborazione con Affari generali)	Ricognizione autorizzazioni utenti	Redazione elenco autorizzazioni in essere per UO	entro 31/10/2018				15%	10%				documentazione inviata in data 30/10/2018		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Protocollo IRIDE (in collaborazione con Affari generali)	Revisione procedura autorizzativa attivazione / disattivazione utenti	Inserimento nuova procedura in http://04srv-intra.inrca.local:8083/modulistica.asp	entro 31/10/2018				15%	15%				documentazione inviata in data 30/10/2018		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Analisi Sw gestiti internamente	accertamento dei sw attualmente gestiti internamente al fine di presentare un programma di loro riduzione e/o mantenimento salvo diversa autorizzazione della Direzione	Presentazione proposta di gestione dei sw "interni"	entro 31/10/2018				10%	20%				documentazione inviata in data 31/10/2018		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Obiettivi regionali ex DGRM 471/2018	Realizzazioni attività per rispetto target regionali su obiettivi specificatamente attribuiti	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	5%	100%	100%	5%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
older															
Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%							

R2410100 - SOC CENTRO TECNOLOGIE AVANZATE DELL'INVECCHIA MENTO AN			Responsabile : Dr. Provinciali Direttore Dipartimento: dr. Della Bella		BUDGET 2018											
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	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario																
	Integrazione risorse istituzionali	Ricerca fondi c/o agenzie di finanziamento	Presentazione progetti per ottenimento di finanziamenti	€ 20.000	€ 17.815	89%	89%	10%							obiettivo raggiunto	obiettivo parzialmente raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	ArealIRCCS-Ricerca corrente	Presentazione progetto	Definizione GANTT triennale e Implementazione attività anno corrente	vedi indicatre				5%	15%				documentazion e già pervenuta al Cogest		Si veda documentazion e allegata	obiettivo raggiunto
	ArealIRCCS-Ricerca corrente	Responsabilità di linea di ricerca	Attività come richieste da Ministero					5%	15%				documentazion e già pervenuta al Cogest		Si veda documentazion e allegata	obiettivo raggiunto
	ArealIRCCS-Capacità di operare in rete	Rete IRCCS Invecchiamento	Partecipazione alle attività della rete					10%	15%				documentazion e già pervenuta al Cogest		Si veda documentazion e allegata	obiettivo raggiunto
	Stabulario	Adeguamento della struttura alla verifica Asur	vedi indicatre					10%	10%				documentazion e già pervenuta al Cogest		Si veda documentazion e allegata	obiettivo raggiunto
	Area scientifica	Progetto Banca Biologica	Implementazione progetto	Presentazione report stoccaggio campioni biologici				20%	15%				documentazion e già pervenuta al Cogest		obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																
	Area scientifica	Invio articoli a riviste con IF	Punteggio I.F.N.	60	96,86	161%	100%	15%	10%							obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi				Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					25%	20%						

R3610300 - SOC UROLOGIA AN		Responsabile : Dr. Della Bella Direttore Dipartimento: dr. Della Bella		BUDGET 2018													
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	RISORSE AGGIUNTE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONI 2° ISTANZA	
Economico-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci di reparto per giornata di degenza	14,31	12,23	114,52%	100%	5%	2,5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci di sala operatoria /valore della Produzione	0,28%	-0,17%	261,65%	100%	5%	2,5%						obiettivo non raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici di reparto per giornata di degenza	12,37	1,57	187,32%	100%	5%	2,5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici di sala operatoria/valore della produzione	9,2%	7,2%	122,04%	100%	5%	2,5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	2.744.528	2.679.651	98%	100%	15%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	Formalizzazione del percorso HIFU	Invio del documento alla DMPO per la formalizzazione	vedi azione	entro 30/12				5%					documentazione pervenuta in data 21/12/18		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Somministrazione profilassi antibiotica preoperatoria coerente con le linee di indirizzo aziendale	somministrazione nel 90% dei casi	da settembre 2018				5%	10%						obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile	
	Obiettivi regionali ex DGRM 471/2018	Realizzazioni attività per rispetto target regionali su obiettivi specificatamente attribuiti	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	9,09	90,91%	90,91%	10%	5%						obiettivo parzialmente raggiunto	obiettivo parzialmente raggiunto	
	Obiettivi regionali ex DGRM 640/2018	Realizzazioni attività per rispetto PRGLA	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	5%	100%	100%	10%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Sensibili relativi a Ldd-Cadute-Contenzione-Cateterismo vescicale	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	1 indagine nel II semestre 2018 per ciascuno degli esiti nursing sensibili					25%					Si veda relazione del Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Cartella infermieristica	Formazione sulla cartella infermieristica (modello Gordon)	Partecipazione degli operatori di area di degenza	Almeno il 40%					25%					Si veda relazione del Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																	
	AreaIRCCS-Produzione Scientifica	Pubblicazioni su riviste con IF	IFM	6,00	18,00	300%	100%	5%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	AreaIRCCS-Ricerca corrente	Presentazione progetto	Definizione GANTT triennale e implementazione attività anno corrente	Report stato di avanzamento entro il 31/12				5%						documentazione inviata in data	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%								

R3610800 - SOC DERMATOLOGIA AN		Responsabile : Dr. Direttore Dipartimento: dr. Della Bella		BUDGET 2018												
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	RISORSE AGGIUNTI VE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario																
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci /valore della Produzione	1,6%	0,7%	158,39%	100%	10%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	8,4%	8,8%	95%	100%	10%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	802.576	787.809	98,16%	100%	15%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	Miglioramento qualità dell'assistenza	Formazione dei MMG sul tumori cutanei non melanoma	Realizzazione del corso	Entro il 2018				5%							obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto
	Miglioramento qualità dell'assistenza progetto con il comparto	Sorveglianza delle infezioni della ferite chirurgiche	Risposta assistenziale competente e mirata: Creazione di un registro, Valutazione dei dati per identificare eventuali cause; risoluzione delle stesse	Riduzione dei casi di infezione post chirurgici				10%	10%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Obiettivi regionali ex DGRM 471/2018	Realizzazioni attività per rispetto target regionali su obiettivi specificatamente attribuiti	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	3,9%	78%	78%	5%	5%						obiettivo parzialmente raggiunto	obiettivo parzialmente raggiunto
	Obiettivi regionali ex DGRM 640/2018	Realizzazioni attività per rispetto PRGLA	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	10%	100%	100%	10%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Sensibili relativi a Ldd-Cadute-Contenzione-Cateterismo vescicale	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	1 indagine nel II semestre 2018 per ciascuno degli esiti nursing sensibili					25%					Si veda relazione del Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Cartella infermieristica	Formazione sulla cartella infermieristica (modello Gordon)	Partecipazione degli operatori di area di degenza	Almeno il 40%					25%					Si veda relazione del Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettivo dell'utenza e stakeholder																
	AreaIRCCS-Capacità di attrarre risorse	Avvio collaborazione con la clinica dermatologica dell'università degli studi dell'Aquila per la valutazione delle Variazioni molecolari delle metastasi del melanoma	Convenzionamento con la clinica e produzione scientifica	Analisi dei dati inviati dall'università dell'aquila e sottomissione di un articolo ad una rivista scientifica indexata				5%							obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto
	Area Ricerca	Sviluppo progetto ricerca congiunto con l'uosd dermatologia di Fermo su microscopio Confocale	presentazione progetto	entro 31/12/2018				5%							obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%							

R3611400 - SOSD ANESTESIA GERIATRICA AN			Responsabile : Dott.ssa Giampieri Direttore Dipartimento: dr. Della Bella		BUDGET 2018														
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	RISORSE AGGIUNTE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE C&R	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA			
Economico-finanziaria	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci/valore della Produzione Dipartimento Chirurgico Por Ancona	0,34%	0,42%	77%	77%	10%	5%					Obiettivo raggiunto.	obiettivo parzialmente raggiunto	obiettivo parzialmente raggiunto			
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione Dipartimento Chirurgico Por Ancona	1,26%	1,15%	108%	100%	10%	5%					Obiettivo raggiunto. Inviata mail al cogest in data 16/05/19 per errata imputazione costo presidio con cod 90002014 (all 3)	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto			
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																			
	Implementazione percorso chirurgico geriatrico	Ottimizzazione gestione perioperatoria del rischio tromboembolico ed emorragico	Stesura protocollo operativo e condivisione con le UUOO Chirurgiche	entro 15/11				10%	5%				documentazione pervenuta in data 06/11/2018	Obiettivo raggiunto. Inviato protocollo (previa condivisione con UUOO chirurgiche) in data 6/11/2018	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto			
	Implementazione percorso chirurgico geriatrico	Ottimizzazione del percorso chirurgico del pz anziano fragile	Messa a punto di protocolli di gestione percorso anestesi loco regionali	entro 31/12				15%	5%				documentazione già pervenuta al Cogest	Obiettivo raggiunto. Inviato protocollo in data 19/12/2018	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto			
	Ottimizzazione utilizzo sala operatoria	Utilizzo ottimale sala operatoria	Rispetto dei tempi di attesa per classi di priorità. Monitoraggio a cura del DMPO	80% A partire dal settembre 2018				10%	5%				documentazione già pervenuta al Cogest	Obiettivo non valutabile. E' stata inviato file estrazione liste d'attesa per classi di priorità alla DMPO e cogest. Si allega mail con lista succitata e con precisazioni sulla non valutabilità dell'obiettivo (inviata in data 16/05/2019 - Allegato1). Si allega inoltre mail di risposta della DMPO in data 17/05/2019 (all2)	obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile			
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	Revisione del percorso operativo tra le UU.OO. di Neurologia, Chirurgia Anestesia e Rianimazione e Blocco Operatorio per il paziente candidato alla neuromodulazione sacrale.	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 con valutazione positiva da parte della Direzione Sanitaria. Inserimento della revisione della procedura nell'SGQ				10%	5%				documentazione presentata in data 20/12/18 da Pelliccioni	Obiettivo raggiunto. Presentazione di documenti di condivisione dei percorsi attivati con valutazione positiva da parte della Direzione Sanitaria. Fare riferimento alla documentazione inviata dal dott.Pelliccioni e in possesso del Controllo di Gestione. La procedura non è stata inserita, seppure siano stati fatti plurimi tentativi di invio da parte della DMPO (Vedi mail già inviate al cogest).	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto			
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Sensibili relativi a Ldd-Cadute-Contenzione-Cateterismo vescicale	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	1 indagine nel II semestre 2018 per ciascuno degli esiti nursing sensibili					50%					Si veda relazione Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto			
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																			
	Area IRCSS_Capacità di attrarre risorse	Gestione progetto Starr	Partecipazione all'implementazione	Report entro 31/12				5%					documentazione già pervenuta al Cogest	Obiettivo raggiunto: Report inviato in data 19/12/2018	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto			
	Area IRCSS_Trasferimento Tecnologico	Brevetto kit anestesia	Meeting di aggiornamento con il referente del TTO	Report stato dell'arte entro il 30/11				5%					documentazione pervenuta in data 29/11/18	Obiettivo raggiunto: Report inviato in data 29/11/2018	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto			
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi																	

'R3612000 - SOC CHIRURGIA GENERALE E PATOLOGIA CHIRURGICA AN		Responsabile : Dr. Boccoli Direttore Dipartimento: dr. Della Bella		BUDGET 2018													
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	RISORSE AGGIUNTE	VALENZA BIENNALE	NOTE	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 di reparto per giornata di degenza	14,31	12,23	115%	100%	4,0%	2,0%						obiettivo parzialmente raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci di sala operatoria /valore della Produzione	0,42%	0,07%	183%	100%	3,0%	2,0%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci Presidio Osimo /valore della Produzione Presidio Osimo	4,32%	1,08%	175%	100%	3,0%	1,0%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici di reparto per giornata di degenza	12,37	7,86	136%	100%	4,0%	2,0%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici di sala operatoria/valore della produzione	19,4%	20,4%	95%	100%	3,0%	2,0%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici Presidio Osimo/valore della produzione Presidio Osimo	19,6%	23,2%	82%	82%	3,0%	1,0%						obiettivo parzialmente raggiunto	obiettivo non valutabile	
	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale Por Ancona	3.155.062	3.004.332	95%	100%	7,5%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale Po Osimo	3.176.110	3.160.762	100%	100%	7,5%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	Definizione del gruppo interdisciplinare per la chirurgia colonrettale	Definizione e attivazione del gruppo	avvio delle attività	entro 30 settembre				3,0%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Creazione percorsi urgenze chirurgiche	Riunioni settimanali multidisciplinari per la definizione di Percorsi	Numero percorsi approvati da DMPO	Almeno 6	5	83,33%	83%	2,5%							obiettivo parzialmente raggiunto	obiettivo parzialmente raggiunto	
	Creazione team neuromodulazione sacrale	Posizionamento nuovi dispositivi	n.dispositivi posizionati	20	23	100%	100%	2,5%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	implementazione laparoscopia	Esecuzione emicolectomie laparoscopiche	n.procedure eseguite	20% dei casi a partire da settembre 2018	27,70%	100%	100%	2,5%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	compilazione SDO	tempestiva compilazione della SDO	entro 15 gg dalla data di dimissione del paziente	>90 % delle SDO dell'UO da settembre	21 SDO chiuse su 155 a partire da settembre 2018	14%	0%	2,5%							obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto	
	Obiettivi regionali ex DGRM 471/2018	Realizzazioni attività per rispetto target regionali su obiettivi specificatamente attribuiti	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	2,1%	84,68%	85%	2,5%	5,0%						obiettivo parzialmente raggiunto	obiettivo parzialmente raggiunto	
	Creazione team chirurgico-dermochirurgia per linfadenectomie profonde	Esecuzione linfadenectomie radicali	n. procedure eseguite	5				2,5%							obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile	
	Accreditamento per tumore colon-retto	Esecuzione 50 colectomie per neoplasia	n. procedure eseguite	50				2,5%					effettuati 71 interventi con DRG 146-147-149-569		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Definizione di un percorso interdisciplinare con la chirurgia per l'occlusione intestinale	Definizione del percorso da condividere con le UUOO Gastroenterologia e la Diagnostica per Immagini	definizione del percorso ed invio dello stesso alla Direzione Sanitaria	entro dicembre 2018				2,5%	5,0%				documentazione pervenuta in data 28/12/18		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	Revisione del percorso operativo tra le UU.OO. di Neurologia, Chirurgia Anestesia e Rianimazione e Blocco Operatorio per il paziente candidato alla neuromodulazione sacrale.	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 con valutazione positiva da parte della Direzione Sanitaria. Inserimento della revisione della procedura nell'SGQ				2,5%	5,0%				documentazione presentata in data 20/12/18 da Pelliccioni		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Obiettivi regionali ex DGRM 640/2018	Realizzazioni attività per rispetto PRGLA	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	2,5%	100%	100%	2,5%	5,0%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Colecistectomia c/o Presidio di Osimo	N. di colecisti effettuato presso il PO	100 all'anno	vedi indicatore	73	73%	73%	2,5%							obiettivo parzialmente raggiunto	obiettivo parzialmente raggiunto	
H E A L T H A N D S C I E N C E C O N A G I N G																	
	Ridefinizione modello organizzativo e della tipologia di attività chirurgica per stabilimento	Aggiornamento della proposta da presentare alla Direzione Generale	Presentazione della proposta con approvazione del DMPO	Presentazione				2,5%							obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto	
	Chirurgia varici arti inferiori c/o presidio di Osimo	incremento intervento chirurgici (Day Surgery) su varici degli arti inferiori	Incremento di interventi con tecnica radiofrequenza vs chirurgia classica	aumento rispetto al 2017				2,5%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Specifici relativi a 144	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale: contenzione, piaghe da	1 indagine nel II semestre 2018 per					25,0%				Si veda relazione		obiettivo	obiettivo	

R3613000 - SOC ODONTOSTOMATOLOGIA AN	Responsabile : Prof Procaccini Direttore Dipartimento: dr. Della Bella		BUDGET 2018														
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	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION 2° ISTANZA	
Economico-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci/valore della Produzione	1,25%	0,41%	167%	100%	10%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	21,22%	31,06%	54%	0%	10%	5%						obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto	
	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	40.062	36.546	91,22%	91%	15%							obiettivo parzialmente raggiunto	obiettivo parzialmente raggiunto	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	Promozione del Brand Inrca e apertura al Territorio	Organizzazione di un convegno su argomento Odontoiatrico di interesse per la popolazione anziana	Realizzazione dell'evento	entro il 30/11/2018 accreditato ECM con partecipazione operatori anche extra-regionali				10%	10%						obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto	
	Integrazione Inrca / Osimo	Attuazione del progetto di integrazione interaziendale secondo protocolli e modalità definite e concordate (vedi cronoprogramma DMPO)	Avvio / prosecuzione delle attività secondo modalità concordate	Inizio attività odontoiatrica presso il presidio di Osimo				10%	5%			Subordinato alla realizzazione di un ambulatorio odontoiatrico presso il presidio stesso dopo apposita richiesta alla Regione Marche			obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile	
	Revisione e sviluppo di nuovi modelli organizzativi	Definizione percorso diagnostico/terapeutico per xerostomia/iposcialia nel paziente anziano in trattamento polifarmacologico	Predisposizione della procedura	Realizzazione del documento entro il 31/10/2018				10%	5%						obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto	
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Sensibili relativi a Ldd-Cadute-Contenzione-Cateterismo vescicale	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito cadute	1 indagine nel II semestre 2018 per ciascuno degli esiti nursing sensibili					50%					Si veda relazione Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																	
	Ricerca scientifica corrente	Produzione scientifica	IFN	6,00	28,00	467%	100%	10%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi																	
	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%								

R3613200 - SOC CENTRO PIEDE DIABETICO AN	Responsabile : Dr. Romagnoli Direttore Dipartimento: dr. Della Bella		BUDGET 2018														
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	RISORSE AGGIUNTE	VALENZA BIENNALE	NOTE	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 /valore della Produzione	4,67%	2,95%	137%	100%	10%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	6,5%	5,6%	114%	100%	10%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	2.320.907	2.133.043	92%	92%	10%							obiettivo parzialmente raggiunto	obiettivo parzialmente raggiunto	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	Stesura di un protocollo per la diagnosi differenziale di osteomielite in pazienti affetti da ulcera al piede in corso di Neuroatrofia di Charcot	Individuare, in collaborazione con le UOC piede Diabetico,Diagnostica per Immagini Radiologia clinica ed Interventistica e la UOSD Medicina Nucleare, i criteri di selezione per effettuare, in questa tipologia di pazienti, la scintigrafia con leucociti marcati	Numero delle riunioni verbalizzate	Presentazione del protocollo condiviso entro il 31/12/2018				10%					documentazione pervenuta in data 17/12/18		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Applicazione del protocollo di utilizzo delle cellule mononucleate autologhe nel trattamento dei pazienti diabetici con ischemia periferica non rivascolarizabile	Identificare pazienti da trattare	Numero di pazienti trattati	15				5%				Acquisto dei Kit Monocells per il trattamento		Nel corso del 2018 sono stati identificati ed arruolati 16 nuovi pazienti per il trattamento con mononucleate autologhe	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Somministrazione profilassi antibiotica preoperatoria coerente con le linee di indirizzo aziendale	somministrazione nel 90% dei casi	da settembre 2018				5%	10%					Tutti i pazienti operati dal settembre 2018 avevano indicazione per una terapia antibiotica protratta nel tempo sia per i pazienti in Day Surgery che in ricovero ordinario e quindi non si applicava il protocollo di profilassi antibiotica.	obiettivo raggiunto	obiettivo non valutabile	
	Obiettivi regionali ex DGRM 471/2018	Realizzazioni attività per rispetto target regionali su obiettivi specificatamente attribuiti	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	8,75%	88%	88%	10%	5%						obiettivo non raggiunto	obiettivo parzialmente raggiunto	
	Obiettivi regionali ex DGRM 640/2018	Realizzazioni attività per rispetto PRGLA	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	obiettivo non valutabile			5%	5%						obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile	
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Sensibili relativi a Ldd-Cadute-Contenzione-Cateterismo vescicale	Indagni di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	1 indagine nel II semestre 2018 per ciascuno degli esiti nursing sensibili					25%					Si veda Relazione Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Cartella infermieristica	Formazione sulla cartella infermieristica (modello Gordon)	Partecipazione degli operatori di area di degenza	Almeno il 40%					25%					Si veda Relazione Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																	
	AreaIRCCS-Ricerca corrente	Presentazione progetto	Definizione GANTT triennale e Implementazione attività anno corrente	Report stato di avanzamento entro il 31/12				10%						Report non presentat	obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi																	
	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%								

R3613700 - SOSD PREVENZIONE DEI TUMORI PROSTATICI AN		Responsabile : Dr.ssa Pierangeli Direttore Dipartimento: dr. Della Bella		BUDGET 2018													
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	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario																	
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	6,2%	3,9%	137%	100%	5%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	159.182	207.395	130%	100%	10%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	Formalizzazione del percorso HIFU	Invio del documento alla DMPO per la formalizzazione	vedi azione	entro 31/12				40%					documentazione pervenuta in data 17/12/18. Documentazione presentata anche dal dr. Della Bella in data 21/12/18		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Obiettivi regionali ex DGRM 471/2018	Realizzazioni attività per rispetto target regionali su obiettivi specificatamente attribuiti	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	8%	75%	75%	10%	10%						obiettivo non raggiunto	obiettivo parzialmente raggiunto	
	Obiettivi regionali ex DGRM 640/2018	Realizzazioni attività per rispetto PRGLA	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	obiettivo non valutabile			10%	15%						obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile	
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Sensibili relativi a Ldd-Cadute-Contenzione-Cateterismo vescicale	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	1 indagine nel II semestre 2018 per ciascuno degli esiti nursing sensibili					50%					Si veda relazione Dott. Marinelli	obiettivo 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							25%	20%								

R3613900 - SOSD GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA			BUDGET 2018													
Responsabile : Dr. Peruzzi Direttore Dipartimento: dr. Della Bella																
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	RISORSE AGGIUNTE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
<i>Economico-finanziario</i>																
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci /valore della Produzione	9,00%	6,90%	123%	100%	10%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	16,1%	15,5%	104%	100%	10%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	515.594	511.294	99%	100%	15%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>																
	Valorizzazione risorse umane e professionali	Definizione PDTA per pz con celiachia	Stesura e avvio del PDTA aziendale entro 60 giorni dall'emanazione della DGRM relativa a tale PDTA	vedi indicatore				2,5%	5%						obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile
	Promozione del Brand INRCA	Partecipazione a convegni	Relazione presso convegni regionali e/o nazionali	Almeno 1 entro il 31/12				5,0%					documentazione presentata in data 30/01/19		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Partecipazione al gruppo interdisciplinare per la chirurgia colonrettale	Partecipazione al gruppo da attivarsi da parte dell'UOC Chirurgia	partecipazione al gruppo	vedi indicatore				2,5%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Definizione di un percorso interdisciplinare con la chirurgia per l'oclusione intestinale	Definizione del percorso da condividere con le UUOO Chirurgia e la Diagnostica per Immagini	definizione del percorso ed invio dello stesso alla Direzione Sanitaria	invio verbale entro il 31/01/2019				5,0%					documentazione inviata da Boccoli in data 28/12/18		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Obiettivi regionali ex DGRM 471/2018	Realizzazioni attività per rispetto target regionali su obiettivi specificatamente attribuiti	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	4,0%	80,0%	80%	5%	5%						obiettivo non raggiunto	obiettivo parzialmente raggiunto
	Miglioramento assistenza disagiati	Partecipazione al PEG team in collaborazione con DMPO, UO Anestesia, UO Nutrizione Clinica AN	partecipazione agli incontri con le UUOO coinvolte	partecipazione del 80%				5%	10%				documentazione inviata da Orlandoni in data 30/11/18		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Obiettivi regionali ex DGRM 640/2018	Realizzazioni attività per rispetto PRGLA	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	5%	100%	100%	5%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Integrazione delle competenze infermieristiche di riferimento per il servizio al personale neo assegnato e/o a livello dipartimentale	Inserimento e utilizzo di personale neo assegnato e/o dipartimentale. Almeno 1 unità Infermieristica	Relazione del personale integrato nel servizio neo/assunto neo assegnato entro il 31/12/2018					50%					Si veda relazione Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>																
	Area IRCCS-Capacità di operare in rete	Partecipazione a studio clinico	Presentazione protocollo al Comitato etico	Report entro il 31/12				5%					documentazione presentata datata 19/07/18		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Area IRCCS-Ricerca Corrente	Trapianto di feci per coliti da C. Difficile	Implementazione del protocollo	Report entro il 31/12				5%							obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile
<i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i>																
	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%							

'R2410300 - SOC CENTRO NEUROLOGIA DELL'INVECCHIAMENTO AN		Responsabile : Prof. Conti Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli		BUDGET 2018												
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	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	ArealRCCS-Capacità di attrarre risorse	Ricerca fondi c/o agenzie di finanziamento	ottenimento finanziamenti di ricerca finalizzata nell'anno 2018	vedi indicatore	0	0%	0%	20%							obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	Attività assistenziale	Dosaggi liquorali di beta-amiloide, tau totale e fosfo-tau su pazienti con demenza	Esami svolti su totale campioni ricevuti	100%				20%	35%				presentata documentazione e di data 16/11/18	obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	ArealRCCS-Ricerca corrente	Presentazione di progetti di ricerca corrente	Verifica stato di avanzamento dei lavori	entro il 30/11				15%	45%				presentata documentazione e di data 16/11/18	obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	ArealRCCS-Produzione Scientifica	Invio articoli a riviste con IF	IF	25,00	49,68	199%	100,00	20%						obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata	obiettivo 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							25%	20%							

*R3611100 - SOC NEFROLOGIA E DIALISI AN			Responsabile : Dr. Bordini Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli		BUDGET 2018											
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	RISORSE AGGIUNTE	VALENZA BIENNALE	NOTE	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 /valore della Produzione	11,71%	8,16%	130,34%	100%	10%	5%						Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	12,73%	17,32%	63,91%	0,00	10%	5%						obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto
	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	2.249.444	2.252.914	100%	100%	15%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	1. Valutazione Fistola artero 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. Obiettivo raggiungibile previo acquisto di Ecografo portatile Costo previsto circa 4.500 euro.	almeno n.50 venipunture ecoguidate, post formazione. Obiettivo raggiungibile previo acquisto di Ecografo portatile Costo previsto circa 4.500 euro.	100%				10%	10%				documentazione già pervenuta al Cogest	Non è stato possibile avviare la procedura poiché l'ecografo non è stato acquistato. L'obiettivo non è stato raggiunto in quanto non valutabile	obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile
	Implementazione della integrazione POR Ancona/PO Osimo	Integrazione percorsi diagnostico/terapeutici con le altre UUO del PO Osimo	Creazione/integrazione percorso predialitico	80% dei pazienti afferenti al PS del PO Osimo/AGU POR Ancona inseriti nel percorso				10%						Attivato un ambulatorio di predialisi strutturato fisso il martedì con n.6 visite (effettuate dal medico e dall'infermiere). Laddove necessario sono stati attivati percorsi di Day Hospital diagnostico e terapeutico e nel 2018 sono state effettuate n.400 visite circa di predialisi	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Obiettivi regionali ex DGRM 471/2018	Realizzazioni attività per rispetto target regionali su obiettivi specificatamente attribuiti	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	3,33%	67%	67%	5%	5%						obiettivo non raggiunto	obiettivo parzialmente raggiunto
	Obiettivi regionali ex DGRM 640/2018	Realizzazioni attività per rispetto PRGLA	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	2,14%	43%	0%	5%	5%					obiettivo non valutabile in quanto obiettivo assegnato erroneamente alla UO non coinvolta nel raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo non raggiunto	obiettivo non valutabile
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Sensibili relativi a Ldd-Cadute-Contenzione-Cateterismo vescicale	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	1 indagine nel II semestre 2018 per ciascuno degli esiti nursing sensibili					25%					Si veda relazione Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Cartella infermieristica	Formazione sulla cartella infermieristica (modello Gordon)	Partecipazione degli operatori di area di degenza	Almeno il 40%					25%					Si veda relazione Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																
	Area IRCCS-Produzione Scientifica	Pubblicazioni su riviste con IF	IFM	2,00	0,00	0,00	0,00	5%							obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto
	Area IRCCS-Ricerca corrente	Presentazione progetto	Definizione GANTT triennale e Implementazione attività anno corrente	Report stato di avanzamento entro il 31/12				5%						Il progetto DIALAGE è in stato di avanzamento, collaborazione con i centri di dialisi mercurigiani; la fine del progetto è stato prorogato a giugno 2020 come da accordi con la Società Italiana di nefrologia che lo finanzia. Il GANTT vedi progetto DIALAGE.	obiettivo raggiunto	obiettivo non raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi																
	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%							

R3610100 - SOC CARDIOLOGIA/UTIC/TELECAR DIOLOGIA AN		Responsabile : Dr. Antonicelli Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli		BUDGET 2018													
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 COMPART O	RISORSE AGGIUNTI VE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE Cdr	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONI 2° ISTANZA	
Economico-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci /valore della Produzione	2,46%	2,45%	100,74%	100%	10%	5%						Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	13,48%	9,28%	131,18%	100%	10%	5%						Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	
	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	3.801.049	3.601.009	95%	100%	15%							Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Definizione dei criteri di accesso dei pazienti del Ps di Osimo al Presidio di Osimo piuttosto che al Presidio della Montagnola	Presentazione di un documento alla Direzione Sanitaria	entro 31/10/2018				5%					documentazione pervenuta in data 05/11/2018		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	
	Progetto digitalizzazione	Organizzazione delle attività per consentire la refertazione in tempi immediati	avvio telerefertazione con presidio di Osimo	vedi indicatore entro 31/12				5%					documento pervenuto in data 10/01/2019	in data 31/12/18 è stato teletras messo con successo dal suddetto PS al Call Center di Telemedicina un tracciato ECG del Sig. R.S.	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	
	Percorso nutrizione intraospedaliero	Riprogettazione del percorso nutrizione intraospedaliero a cura dell'UO Nutrizione Clinica e in collaborazione con le UUOO del Dipart. Medico del POR Ancona	Presentazione del percorso per validazione da parte della Direzione Sanitaria	entro il 30/11				5%	10%				documentazione pervenuta in data 05/11/2018	Si è provveduto alla riprogettazione del percorso con la riformulazione del documento	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	
	Terapia dell'infarto per pazienti in dimissione	Raggiungimento degli standard farmacologici secondo linee guida europee nei pazienti in dimissione da infarto	Controllo a campione delle lettere di dimissione anno 2018 su anno 2017	Controllo su 20 pazienti nell'ultimo trimestre 2018 rispetto a 20 pazienti nell'ultimo trimestre 2017				5%					report inviato in data 31/12/2018		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	
	Obiettivi regionali ex DGRM 471/2018	Realizzazioni attività per rispetto target regionali su obiettivi specificatamente attribuiti	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	4,4%	87,8%	87,8%	5%	5%				Il grado di raggiungimento indicato è determinato considerando gli obt raggiunti, ed escludendo quelli non valutabili come da scheda allegata			obiettivo parzialmente raggiunto	
	Obiettivi regionali ex DGRM 640/2018	Realizzazioni attività per rispetto PRGLA	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	5%	100%	100%	5%	5%							Obiettivo raggiunto	
	miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	messa a punto di protocolli educativi per i familiari di pazienti in nutrizione artificiale	numero di casi trattati e numero schede di valutazione di apprendimento	raccolta delle schede somministrate come prova dell'avvenuto processo educativo a partire da ottobre 2018					5%				documentazione già in possesso del Cogest	Si sono raccolte complessivamente in due mesi 10 schede dei caregiver sottoposti alla procedura	obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Sensibili relativi a Ldd-Cadute-Contenzione-Cateterismo vescicale	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	1 indagine nel II semestre 2018 per ciascuno degli esiti nursing sensibili					20%					Si veda relazione Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	
	Cartella infermieristica	Formazione sulla cartella infermieristica (modello Gordon)	Partecipazione degli operatori di area di degenza	Almeno il 40%					25%					Si veda relazione Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																	
	AreaIRCCS-Produzione Scientifica	Pubblicazioni su riviste con IF	IFM	10,00	21,84	218%	100%	5%							Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	
	AreaIRCCS-Capacità di attrarre risorse	Partecipazione a bandi di ricerca a progetto	Presentazione di progetti in qualità di centro coordinatore e/o centro partecipante	100%	1 progetto presentato nel 2018 al Bando Finalizzate Ministero Saluter		100%	2,5%						Presentato progetto di ricerca al bando ministeriale RF2018, come da allegato	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	
	AreaIRCCS-Capacità di operare in rete	Partecipazione a RCT sponsorizzato	Presentazione protocollo al Comitato etico	Report entro il 31/12	3 Protocolli presentati e approvati nel 2018		100%	2,5%					Report inviato in data 09/01/2019		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%								

R3610600 - SOC NEUROLOGIA/CENTRO ALZHEIMER / STROKE UNIT AN			Responsabile : Dr. Pellicioni Direttore Dipartimento: dr. Antoncelli			BUDGET 2018											
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	RISORSE AGGIUNTI VE	VALENZA BIENNALE	NOTE	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 /valore della Produzione	4,66%	4,36%	106,40%	100%	10%	2,5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	8,85%	8,90%	99,39%	100%	10%	2,5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	2.304.353	0	0%	100%	15%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	Mantenimento apertura 2018 Ambulatorio Neuropsicologico e di Stimolazione Cognitiva Ospedale di Osimo per pazienti affetti da demenza conclamata e Mild Cognitive Impairment.	Esecuzione di testistica psicometrica 1 e 2 livello in almeno 90 pazienti affetti da disturbo cognitivo ed almeno n. 250 prestazioni di terapia occupazionale collettiva ed almeno n. 300 training per disturbi cognitivi collettivi	Presenza nell'archivio dell' avvenuta esecuzione e registrazione di testistica psicometrica e trattamenti non farmacologici (terapia occupazionale e training disturbi cognitivi collettivi)				5%	5%			un educatore	Effettuate 281 prestazioni di terapia occupazione e 779 training per disturbi cognitivi presso il presidio di Osimo (registrazione impegnativa a CUP)		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Percorso nutrizione intraospedaliero	Riprogettazione del percorso nutrizione intraospedaliero a cura dell'UO Nutrizione Clinica e in collaborazione con le UUOO del Dipart. Medico del POR Ancona	Presentazione del percorso per validazione da parte della Direzione Sanitaria	entro il 30/11				5%					documentazione presentata in data 30/11/18 da Orlandoni		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Implementazione dell'integrazione INRCA/Osimo	Integrazione percorsi ICTUS diagnostico/terapeutici con le unità del Dipartimento Medico INRCA/Osimo	Creazione/implementazione percorso Ospedale Osimo-INRCA per presa in carico di pazienti ultra 65enni affetti da ictus ischemico per eventuale trattamento trombolitico	100% dei pazienti afferenti al PS/Ospedale di Osimo/AGU Ancona inseriti nel percorso				5%					documentazione già in possesso del Cogest lettera dr. Deales		obiettivo raggiunto	obiettivo non valutabile	
	Creazione/ implementazione percorso "delirium"	partecipazione alla messa a punto del protocollo della UO Geriatria ed implementazione nel POR di Ancona ed Ospedale di Osimo	partecipazione alla: stesura protocollo entro 30/9/2018; definizione piano di formazione ed implementazione entro 30/11/2018; implementazione entro 31 marzo 2019 nel POR Ancona e Ospedale di Osimo	vedi indicatore				5%					documentazione già in possesso del Cogest		obiettivo raggiunto	obiettivo non valutabile	
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	Revisione del percorso operativo tra le UU.OO. di Neurologia, Chirurgia Anestesia e Rianimazione e Blocco Operatorio per il paziente candidato alla neuromodulazione sacrale.	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 con valutazione positiva da parte della Direzione Sanitaria. Inserimento della revisione della procedura nell'SGQ				2,5%	5%				documentazione presentata in data 20/12/18		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	Messa a punto di protocolli educativi per i familiari di pazienti in nutrizione artificiale.	numero di casi trattati e numero schede di valutazione di apprendimento	Presenza nella cartella integrata dell'avvenuto processo educativo a partire da settembre 2018 con verifica a campione				2,5%	5%				documentazione già in possesso del Cogest		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Obiettivi regionali ex DGRM 471/2018	Realizzazioni attività per rispetto target regionali su obiettivi specificatamente attribuiti	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	1,73%	69%	69,30%	2,5%	5%						obiettivo parzialmente raggiunto	obiettivo parzialmente raggiunto	
	Obiettivi regionali ex DGRM 640/2018	Realizzazioni attività per rispetto PRGLA	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	1,25%	50%	0%	2,5%							obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto	
	miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	messa a punto di protocolli educativi per i familiari di pazienti in nutrizione artificiale	numero di casi trattati e numero schede di valutazione di apprendimento	raccolta delle schede somministrate come prova dell'avvenuto processo educativo a partire da ottobre 2018					5%				documentazione già in possesso del Cogest		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Sensibili relativi a Ldd-Cadute-Contenzione-Cateterismo vescicale	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	1 indagine nel II semestre 2018 per ciascuno degli esiti nursing sensibili					25%					Si veda relazione Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Cartella infermieristica	Formazione sulla cartella infermieristica (modello Gordon)	Partecipazione degli operatori di area di degenza	Almeno il 40%					25%					Si veda relazione Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																	
	AreaIRCCS-Produzione Scientifica	Pubblicazioni su riviste con IF	IFM	4,00	4,00	100%	100%	2,5%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	AreaIRCCS-Capacità di attrarre risorse	Gestione progetto Interceptor	Partecipazione all'implementazione	Report entro 31/12				2,5%					documentazione inviata in data 20/12/18		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	AreaIRCCS-Capacità di operare in rete	Partecipazione a RCT sponsorizzato	Presentazione protocollo al Comitato etico	Report entro il 31/12				2,5%					documentazione inviata in data 20/12/18		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	AreaIRCCS-Ricerca corrente	Presentazione progetto	Definizione GANTT triennale e implementazione attività anno corrente	Report stato di avanzamento entro il 31/12				2,5%					documentazione inviata in data 31/12/18		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi																	
	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%								

Responsabile : Dr. Romagnoli Direttore Dipartimento: dr. Antoncelli		BUDGET 2018													
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	RISORSE AGGIUNTE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci /valore della Produzione	0,52%	0,14%	172,34%	100,00%	10%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	8,28%	3,76%	154,59%	100,00%	10%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	852.127	790.729	92,79%	92,79%	15%							obiettivo parzialmente raggiunto	obiettivo parzialmente raggiunto
quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)															
Aumentare l'appropriatezza delle cure	creazione e attivazione del percorso prescrittivo dei sensori glicemici sec. DGR 888/2017	Numero di questionari GMSS compilati	100% di questionari compilati su nuove prescrizioni				5%	5%					Nel corso del 2018, 37 pazienti hanno iniziato terapia insulinica con microinfusori, per ognuno è stato attivato il percorso secondo il DRG 888/2017 e compilati i relativi questionari	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Miglioramento qualità dell'assistenza	miglioramento nell'utilizzo dei farmaci ipoglicemizzanti orali nella popolazione anziana	% di diabetici di età maggiore di 65 anni in tp con glibenclamide	riduzione rispetto al 2017 della % di soggetti anziani in tp con glibenclamide				5%						Ad una valutazione dei dati estratti dalla cartella clinica informatizzata My Star i pazienti che al 31/12/2017 erano in terapia con glibenclamide risultavano 262, mentre al 31/12/2018 180. Ovviamente non tutti i pazienti in terapia con glibenclamide hanno effettuato un controllo presso il CAD	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Miglioramento qualità dell'assistenza	individuazione della complicità lipodistrofia da errata tecnica di somministrazione insulinica	Identificazione dei pazienti con scarso controllo profilo glicemico dovuto alla lipodistrofia	100% pazienti identificati				5%	5%					Identificati 12 pazienti che hanno ricevuto istruzioni per la modifica della zona di iniezione di insulina ed ottenuto un miglioramento dei valori di HbA1c	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Informatizzazione area sanitaria	utilizzo della procedura informatizzata d'istituto per le consulenze specialistiche	% delle consulenze effettuate mediante procedura informatizzata	80% delle consulenze effettuate per via informatica				5%						Effettuate 150 consulenze specialistiche di cui 125 mediante procedura informatizzata (83,4 %)	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Miglioramento qualità dell'assistenza	Presentazione di un progetto operativo di sviluppo triennale dell'attività del CAD nella logica del II e III livello	Stesura del progetto operativo	entro 31/10				5%					presentata documentazione in data 26/10/18	Si veda documentazione inviata	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Obiettivi regionali ex DGRM 471/2018	Realizzazioni attività per rispetto target regionali su obiettivi specificatamente attribuiti	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	4,89%	98%	100,00%	5%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Obiettivi regionali ex DGRM 640/2018	Realizzazioni attività per rispetto PRGLA	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore				5%	5%						obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile
Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Sensibili relativi a Ldd-Cadute-Contenzione-Cateterismo vescicale	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	1 indagine nel II semestre 2018 per ciascuno degli esiti nursing sensibili					25%					Si veda relazione Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Cartella infermieristica	Formazione sulla cartella infermieristica (modello Gordon)	Partecipazione degli operatori di area di degenza	Almeno il 40%					25%					Si veda relazione Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Area IRCSS- Assistenza	Progetti di ricerca	collaborazione con la Direzione Scientifica per lo svolgimento dei progetti attivi	relazione approvata dal Direttore Scientifico				2,5%						In corso i progetti di ricerca in collaborazione con la Direzione Scientifica : Sprint-t, Dialage e completamento il 31 ottobre 2018 dello studio TriplA.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Area IRCSS-Rete	Studi clinici	inizio di nuovi studi clinici	almeno 1 nuovo studio clinico nel 2018	1 studio clinico approvato nel 2018		100,00%	2,5%						iniziato e terminato lo studio Suscipe nel 2018	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi															
							25%	20%							

*R3611800 - SOC GERIATRIA E ACCETTAZIONE GERIATRICA D'URGENZA AN	Responsabile : Dr. Cherubini Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli		BUDGET 2018													
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	RISORSE AGGIUNTE	VALENZA BIENNALE	NOTE	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 /valore della Produzione	5,65%	6,39%	86,87%	86,87%	10%	5%						obiettivo parzialmente raggiunto	obiettivo parzialmente raggiunto
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	7,76%	6,87%	111,58%	100%	10%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	3.278.391	3.193.522	97%	100%	15%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	Creazione/ implementazione percorso "delirium"	messa a punto del protocollo insieme a UOC Neurologia ed implementazione nel POR di Ancona ed Ospedale di Osimo	stesura del protocollo operativo, definizione del gruppo di lavoro per la implementazione ed almeno una riunione per avvio della implementazione entro 31/12/2018	vedi indicatore				5%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo non valutabile
	implementazione della integrazione POR Ancona/PO Osimo	Integrazione percorsi diagnostico/terapeutici con le altre UUOD del PO Osimo	Creazione/integrazione percorso predialitico	80% dei pazienti afferenti al PS del PO Osimo/AGU POR Ancona inseriti nel percorso				5%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Percorso nutrizione intraospedaliero	Riprogettazione del percorso nutrizione intraospedaliero a cura dell'UO Nutrizione Clinica e in collaborazione con le UUOD del Dipart. Medico del POR Ancona	Presentazione del percorso per validazione da parte della Direzione Sanitaria	entro il 30/11				5%					documentazione presentata in data 30/11/18 da Orlandoni		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	implementazione dell'integrazione INRCA/Osimo	Integrazione percorsi ICTUS diagnostico/terapeutici con le unità del Dipartimento Medico INRCA/Osimo	Creazione/implementazione percorso Ospedale Osimo-INRCA per presa in carico di pazienti ultra 65enni affetti da ictus ischemico per eventuale trattamento trombolitico	100% dei pazienti afferenti al PS/Ospedale di Osimo/AGU Ancona inseriti nel percorso				5%							obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile
	Obiettivi regionali ex DGRM 471/2018	Realizzazioni attività per rispetto target regionali su obiettivi specificatamente attribuiti	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	1,67%	66,67%	66,67%	2,5%	5%				Il grado di raggiungimento indicato è determinato considerando gli obt raggiunti, ed escludendo quelli non valutabili come da scheda allegata		obiettivo parzialmente raggiunto	obiettivo parzialmente raggiunto
	Obiettivi regionali ex DGRM 640/2018	Realizzazioni attività per rispetto PRGLA	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore				2,5%	5%				obiettivo non valutabile in quanto obiettivo assegnato erroneamente alla UO non coinvolta nel raggiungimento dell'obiettivo		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Sensibili relativi a Ldd-Cadute-Contenzione Cateterismo vescicale	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	1 indagine nel II semestre 2018 per ciascuno degli esiti nursing sensibili					25%					Si veda relazione Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Cartella infermieristica	Formazione sulla cartella infermieristica (modello Gordon)	Partecipazione degli operatori di area di degenza	Almeno il 40%					25%					Si veda relazione Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	messa a punto di protocolli educativi per i familiari di pazienti in nutrizione artificiale	numero di casi trattati e numero schede di valutazione di apprendimento	raccolta delle schede somministrate come prova dell'avenuto processo educativo a partire da ottobre 2018					5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																
	AreaIRCCS-Produzione Scientifica	Pubblicazioni su riviste con IF	IFM	40,00	73,82	185%	100%	5,0%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	AreaIRCCS-Capacità di attrarre risorse	Partecipazione a bandi di ricerca a progetto	Presentazione di progetti in qualità di centro coordinatore e/o centro partecipante	1,00	1,00	100%	100%	2,5%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	AreaIRCCS-Ricerca corrente	Presentazione progetto	Definizione GANTT triennale e Implementazione attività anno corrente	Report stato di avanzamento entro il 31/12				2,5%					presentata documentazione in data 28/12/18		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	AreaIRCCS-Ricerca corrente	Responsabilità di linea di ricerca	Attività come richieste da Ministero	vedi workflow				2,5%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	AreaIRCCS-Capacità di operare in rete	Partecipazione a studi clinici	Presentazione un protocollo al Comitato etico	100%	1 Protocollo presentato	100%	100%	2,5%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi																
	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%							

'R3613100 - SOSD NUTRIZIONE CLINICA AN	Responsabile : Dr. Orlandoni Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli		BUDGET 2018														
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	RISORSE AGGIUNTE	VALENZA BIENNALE	NOTE	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 e Dietetici/valore della Produzione	10,88%	10,13%	106,91%	100%	10%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della Produzione	2,48%	2,28%	107,97%	100%	10%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	3.743.984	3.435.459	91,76%	91,76%	15%							obiettivo raggiunto parzialmente	obiettivo parzialmente raggiunto	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	Stroke team	riunioni settimanali	partecipazione personale sanitario	partecipazione alle riunioni settimanali del personale sanitario se necessaria la presenza dello stesso				5%					documentazione inviata in data 09/01/19		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Obiettivi regionali ex DGRM 471/2018	Realizzazioni attività per rispetto target regionali su obiettivi specificatamente attribuiti	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	2,50%	50%	50%	5%	10%						obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto	
	Miglioramento assistenza distagici	Partecipazione al PEG team in collaborazione con DMPO, UO Anestesia, UO Gastroenterologia AN	partecipazione agli incontri con le UUOO coinvolte	partecipazione del 100%				5%	5%				documentazione presentata in data 28/12/18		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Percorso nutrizione intraospedaliero	Riprogettazione del percorso nutrizione intraospedaliero a cura dell'UO Nutrizione Clinica e in collaborazione con le UUOO del Dipart. Medico del POR Ancona	Presentazione del percorso per validazione da parte della Direzione Sanitaria	entro il 30/11				5%	5%				documentazione presentata in data 30/11/18		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Sensibili relativi a Ldd-Cadute-Contenzione-Cateterismo vescicale	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	1 indagine nel II semestre 2018 per ciascuno degli esiti nursing sensibili					25%					Si veda relazione Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Cartella infermieristica	Formazione sulla cartella infermieristica (modello Gordon)	Partecipazione degli operatori di area di degenza	Almeno il 40%					25%					Si veda relazione Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																	
	ArealRCCS-Produzione Scientifica	Pubblicazioni su riviste con IF	IFM	2	12,00	600%	100%	10%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	ArealRCCS-Ricerca corrente	Presentazione progetto	Definizione GANTT triennale e Implementazione attività anno corrente	Report stato di avanzamento entro il 31/12				5%					documentazione presentata in data 28/12/18		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	ArealRCCS-Capacità di operare in rete	Partecipazione a RCT	Presentazione protocollo al Comitato etico	1	Presentato e approvato 1 protocollo		100%	5%					studio approvato con determina 337/2018 in data 11/10/2018		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi																	
	Scheda di valutazione individuale 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 2018													
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	RISORSE AGGIUNTE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA														
Economico-finanziario	AreaIRCCS-Capacità di attrarre risorse	partecipazione a bandi di ricerca a progetto	numero di proposte di progetti di ricerca presentate	almeno 8 proposte di progetto a committenza esterna	9	113%	100%	5%	10%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto														
	AreaIRCCS-Capacità di attrarre risorse	partecipazione a bandi di ricerca a progetto	volume finanziamenti ottenuti	almeno 80.000 euro di finanziamento esterno	503.659	629,57%	100%	10%	10%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto														
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																														
	Riorganizzazione UO	Presentazione di un Piano di riorganizzazione da attuare nel 2019 dell'UO nell'ambito dei parametri ministeriali di finanziamento della ricerca corrente	vedi azione	entro il 30/11				30%	55%				documentazione pervenuta in data 29/11/2018		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto														
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																														
	AreaIRCCS-Produzione Scientifica	Produzione Scientifica	IFM	20,00	26,60	133%	100%	30%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto														
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%																					

R3610700 - SOC MEDICINA RIABILITATIVA AN		Responsabile : Dr. Mercante Direttore Dipartimento: dr. Mercante		BUDGET 2018												
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	RISORSE AGGIUNTE	VALENZA BIENNALE	NOTE	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 /valore della Produzione	2,20%	2,10%	104,54%	100%	10%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	1,64%	1,86%	86,43%	86,43%	10%	5%						obiettivo raggiunto parzialmente	obiettivo parzialmente raggiunto
	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	2.287.282	2.225.028	97%	100%	15%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	Continuità trattamento riabilitativo	Trattamento fisioterapico in tutti i doppi festivi	N. di giorni doppi festivi in cui viene garantito il trattamento fisioterapico	Superiore al 90% con attestazione direttore UO				5%	10%					nei doppi festivi hanno lavorato i seguenti operatori: 6/1/18 Vecchione-Paratore; 2/4/18 Cavallari-Cibelli; 2/6/18 Baldoni Aloisi; 8/12/18 Anselvini-Gaspari; 26/12/18Errani-Casoni.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento qualità ed appropriatezza	Valutazione disagio in tutti i pz. Stroke Unit per cui viene fatta la richiesta	N. pz valutati in Stroke Unit secondo protocollo nell'ultimo quadrimestre maggiore del 90% con attestazione dei 2 direttori di UUOO (Neurologia e Medicina Riabilitativa)	vedi indicatore				5%						sono stati valutati tutti i 59 pazienti per cui è stata richiesta consulenza.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Trattamento riabilitativo del pavimento pelvico	Trattamento riabilitativo 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 con codice A segnalati nell'ultimo quadrimestre 2018				5%	5%					sono stati trattati tutti e 8 pazienti richiesti dalle UU.OO. Coinvolte.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Trattamento riabilitativo Parkinson	Trattamento riabilitativo ambulatoriale secondo protocollo concordato di tutti pazienti segnalati dall'ambulatorio fisiatrico e dalla UO di Neurologia con codice di priorità A o B	Numero di pazienti trattati secondo protocollo inviati dalle UUOO coinvolte Almeno il 90% dei pazienti segnalati negli ultimi 3 trimestri 2018	vedi indicatore				2,5%	5%					sono stati trattati 61 pz segnalati dalla UO. Di Neurologia o dall'ambulatorio fisiatrico.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Sviluppo modelli innovativi	Revisione del progetto di fisioterapia aspecifica diffusa differenziato per UO. In collaborazione con DPS e DMPO	Presentazione del progetto entro il 30/06/2018	vedi indicatore				2,5%						si allega il progetto sintetico inviato al Direttore Sanitario il 20/2/2018.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Obiettivi regionali ex DGRM 471/2018	Realizzazioni attività per rispetto target regionali su obiettivi specificatamente attribuiti	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	2,54%	50,74%	50,74%	5%							obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto
	Obiettivi regionali ex DGRM 640/2018	Realizzazioni attività per rispetto PRGLA	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	5	100%	100%	5%							obiettivo non raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Sensibili relativi a Ldd-Cadute-Contenzione-Cateterismo vescicale	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	1 indagine nel II semestre 2018 per ciascuno degli esiti nursing sensibili					15%					Si veda relazione Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Cartella infermieristica	Formazione sulla cartella infermieristica (modello Gordon)	Partecipazione degli operatori di area di degenza	Almeno il 40%					15%					Si veda relazione Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Nuovo modello organizzativo	Revisione e aggiornamento del piano di lavoro con il nuovo modello organizzativo da realizzare	Attuazione nuovo piano di lavoro	vedi indicatore entro 31/12/2018					20%					Si veda relazione Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																
	AreaIRCCS-Produzione Scientifica	Pubblicazioni su riviste con IF	IFM	2,00	0,00	0%	0%	5%						i dati saranno forniti dalla Direzione Scientifica	obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto
	AreaIRCCS-Ricerca corrente	Presentazione progetto e partecipazione GdL	Definizione GANTT triennale e Implementazione attività anno corrente	Report stato di avanzamento entro il 31/12				5%						i dati saranno forniti dalla Direzione Scientifica	obiettivo raggiunto	obiettivo non raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%							

'R3611000 - SOC CLINICA DI MEDICINA INTERNA E GERIATRIA AN	Responsabile : Prof. Sarzani Direttore Dipartimento: dr. Mercante		BUDGET 2018													
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	RISORSE AGGIUNTI VE	VALENZA BIENNALE	NOTE	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 /valore della Produzione	5,33%	4,11%	123%	100%	10%	5%					Obiettivo soddisfatto desumibile dai dati già in possesso del CdG	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	4,80%	3,78%	121%	100%	10%	5%					Obiettivo soddisfatto desumibile dai dati già in possesso del CdG	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	2.805.372	2.782.502	99%	100%	15%						Obiettivo soddisfatto/Obiettivo soddisfatto desumibile dai dati già in possesso del CdG	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	Miglioramento performance sugli indicatori di esito PNE pazienti con BPCO	controllo clinico post dimissione a 2 settimane dalla dimissione	visite ambulatoriali medicina respiratoria	almeno 40% dei pazienti dimessi con Diagnosi di bpcr riacutizzata a partire da settembre 2018				5%	5%				Sono stati "richiamati" per visite di controllo 12 pazienti su 36 ma di questi solo 3 entro 15 gg, gli altri successivamente. Se valido 12 su 36 il grado di raggiungimento è pari al 33,3% su 40% e cioè pari all'83,33%. Se si considerano invece 3 pazienti su 36 il grado di raggiungimento è pari a 20,83%	I pazienti BPCO reclutati post dimissione variano per timing di controllo entro 30 gg (15 gg sono indicativi perché le rivalutazioni devono tenere conto delle possibilità di programmazione delle visite di controllo legate a diversi fattori contingenti : turnistica, guardie ,altri oneri aggiuntivi occorsi in regime di anno).	obiettivo parzialmente raggiunto all'83,33%	obiettivo parzialmente raggiunto all'83,33%
	Aumento dei volumi e di attività	attivazione ambulatorio CUP di visita internistica	valutazione internistica ed ecografia clinica	1 seduta settimana per 3 pazienti. A partire da settembre 2018				5%	5%					dati inviati al controllo di gestione e Valt. Istanza in data 15 marzo e risultante da attivazione CUP	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento dell'appropriatezza dell'intervento tempestivo nelle urgenze	implementazione dello EWS per la valutazione precoce del deterioramento clinico del paziente ricoverato nei vari setting di cura	inserimento nel SIS dello score EWS con calcolo automatico e compilazione quotidiana e sequenziale	almeno l'80% dei pazienti ricoverati				5%						l'implementazione su SIS necessiterà di modifiche tecniche da valutarsi ad opera dei gestori della CE; per il momento la valutazione viene fatta facendo riferimento ai parametri in cartaceo come da scheda inviata	obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto
	Miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri	incremento DH diagnostico e terapeutico per paziente internistico complesso in condizione di stabilità clinica	aumento DH per BPCO, ipertensione, anemia, s-metabolica, addensamento polmonare etc	10 pazienti previa verifica fattibilità normativa con DMPO				5%						la verifica della fattibilità normativa è stata negativa in quanto l'obiettivo era in contraddizione con gli obiettivi regionali	obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile
	Obiettivi regionali ex DGRM 471/2018	Realizzazioni attività per rispetto target regionali su obiettivi specificatamente attribuiti	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	3,65%	73%	73%	5%	5%					realizzati ed inviati	obiettivo parzialmente raggiunto	obiettivo parzialmente raggiunto
	Obiettivi regionali ex DGRM 640/2018	Realizzazioni attività per rispetto PRGLA	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	5%	100%	100%	5%	5%					realizzati ed inviati	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Sensibili relativi a Ldd-Cadute-Contenzione-Cateterismo vescicale	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	1 indagine nel II semestre 2018 per ciascuno degli esiti nursing sensibili					25%					Si veda relazione Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Cartella infermieristica	Formazione sulla cartella infermieristica (modello Gordon)	Partecipazione degli operatori di area di degenza	Almeno il 40%					25%					Si veda relazione Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																
	ArealRCCS-Produzione Scientifica	Pubblicazioni su riviste con IF	IFM	10,00	24,00	240%	100%	5%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	ArealRCCS-Capacità di attrarre risorse	Partecipazione a bandi di ricerca a progetto	Presentazione di progetti in qualità di centro coordinatore e/o centro partecipante	100%				2,5%							obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto
	ArealRCCS-Capacità di operare in rete	Partecipazione a RCT sponsorizzato	Presentazione protocollo al Comitato etico	1,00				2,5%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi								25%	20%							

H E A L T H A N D S C I E N C E O N A G I N G

*R3611300 - SOSD DEGENZA POST-ACUZIE AN		Responsabile : Dr. Guidi Direttore Dipartimento: dr. Mercante		BUDGET 2018													
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 COMPART O	RISORSE AGGIUNTI VE	VALENZA BIENNALE	NOTE	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 /valore della Produzione	7,12%	7,58%	93,54%	93,54%	10%	5%				In riferimento all'obiettivo dei consumi di farmaci, si precisa che l'età media dei nostri ricoverati è superiore agli ottanta anni; tutti presentano pluripatologie, come documentato dalla CIRS : elevato indice di severità (SV14) e di comorbidità (CM2). Al ricovero viene seguita la terapia già impostata dai reparti di provenienza o dai medici di base , da Noi modificata e/o integrata per riacutizzazioni e/o complicanze. Si fa presente , inoltre, che i ricoveri nell'anno 2018 sono stati superiori rispetto a quelli dell' anno 2 017 (161 contro i 147). Le giornate di degenza del 2018 sono state maggiori di quelle dell'anno 2017 (5409 contro le 5056).	viste le considerazioni del CDR si considera raggiunto		obiettivo raggiunto	
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	6,06%	5,20%	114,19%	100%	10%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	1.164.109	1.164.979	100%	100%	15%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	Miglioramento organizzativo per il processo interno "gestione delle richieste di ricovero provenienti dalle UO per acuti" basato su criteri di efficienza, appropriatezza e qualità	Implementazione della procedura relativa alla corretta gestione delle richieste di ricovero dalle UO per acuti, dopo condivisione con la DMP e le UU.OO. 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 compilate; 4) numero dei pazienti non eleggibili al momento della visita di prericovero sul totale delle richieste di ricovero.	1) valore atteso pari al 90% ; 2) pari all' 90% ; 3) pari o inferiore al 10% 4) pari o inferiore al 10%. Per tutti gli indicatori si procederà a realizzare un report conclusivo che dovrà essere validato dalla Direzione Sanitaria e dalla DMPO				40%						Obiettivo non valutabile si veda relazione allegata	obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile	
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Sensibili relativi a Ldd-Cadute-Contenzione-Cateterismo vescicale	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	1 indagine nel II semestre 2018 per ciascuno degli esiti nursing sensibili					35%					Si veda relazione Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Cartella infermieristica	Formazione sulla cartella infermieristica (modello Gordon)	Partecipazione degli operatori di area di degenza	Almeno il 40%					35%					Si veda relazione Dott. Marinelli	obiettivo 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							25%	20%								

"R3630500 - SOSD RESIDENZA SANITARIA RIABILITATIVA AP		Responsabile : Dr. Giannandrea Direttore Dipartimento: dr. Mercante		BUDGET 2018												
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 COMPART O	RISORSE AGGIUNTI VE	VALENZA BIENNALE	NOTE	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 /valore della Produzione	1,27%	1,59%	75,58%	75,58%	10%	5%					1) nel 2018 la Uosd DPA ha ricoverato 280 soggetti con un trend nettamente in aumento rispetto l' anno precedente e il Peso totale degli stessi e' pure risultato nettamente superiore al 2017. Questo significa aver ricoverato pazienti con maggior complessita' clinica e necessita' pertanto di maggior intensita' di cura, compresa la terapia medica pro capite e totale. 2) I pazienti ricoverati provenivano per la quasi totalita' dalle UO per acuti del POR di Ancona e spesso avevano gia' in atto terapie antibiotiche o di altro tipo che non potevano essere sospese, almeno per un periodo di cura. 3) Alta percentuale dei pazienti ricoverati, come si evince dalle SDO, risultavano essere disagiati o con grave malnutrizione calorico-proteica necessitante di nutrizione artificiale, iniziata spesso nel reparto per acuti inviante, ma proseguita nella Uosd DPA e non sospendibile. 4) Oltre i 2/3 dei pazienti ricoverati risultavano allettati e con necessita quotidiana di terapia con EBPIM (Eparina a Basso Peso Molecolare), onde evitare complicanze cliniche maggiori dell' allettamento	viste le considerazioni del CDR si considera raggiunto	obiettivo parzialmente raggiunto
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	2,26%	1,88%	116,78%	100%	10%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	966.386	976.953	101%	100%	15%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	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				15%	10%					fatto controllo sulle cartelle dei dimessi con dimissione protetta, vi è corrispondenza fra certificato e registrazione.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Prevenzione e cura decubiti	Compilazione scheda prevenzione e cura decubiti	Applicazione procedura decubiti	Completezza della scheda sulle cartelle controllate a campione				15%	5%					su tutte le cartelle controllate è presente la scheda decubiti compilata	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 . Azioni 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	1) applicazione dell'istruzione operativa 2)individuazione dei pazienti e al care-giver da formare. 3)attuazione dell'istruzione operativa con schede compilate per almeno il 70% dei pazienti individuati per la formazione come da istruzione.				10%	5%					È stata messa a punto una istruzione operativa attualmente in uso presso il nostro reparto con anche un questionario dedicato. sono stati individuati 18 (diciotto) persone a cui è stata applicata l'istruzione operativa.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Sensibili relativi a Ldd-Cadute-Contenzione-Cateterismo vescicale	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	1 indagine nel II semestre 2018 per ciascuno degli esiti nursing sensibili					25%					Si veda relazione del Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Cartella infermieristica	Formazione sulla cartella infermieristica (modello Gordon)	Partecipazione degli operatori di area di degenza	Almeno il 40%					25%					Si veda relazione del Dott. Marinelli	obiettivo 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							25%	20%							

R3613600 - SOSD MEDICINA NUCLEARE AN		Responsabile : Dott.ssa Fornarelli Direttore Dipartimento: prof. Procopio		BUDGET 2018												
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	RISORSE AGGIUNTE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei materiali per medicina nucleare	Costo dei Materiali per medicina nucleare /valore della Produzione	45,04%	36,73%	118,45%	100%	20%	10%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	317.393	351.081	111%	100%	15%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	Ottimizzazione del percorso diagnostico per identificare i processi flogistici e/o infettivi nei pazienti diabetici complicati da neuroartropatia di Charcot associata a ulcerazioni del piede.	Individuare i criteri di selezione di pazienti con sospetta osteomielite in corso di Neuroartropatia di Charcot ulcerato allo scopo di creare un protocollo diagnostico condiviso con l'U.O. Diagnostica per Immagini e con U.O. Piede Diabetico.	Numero di riunioni verbalizzate con le UO coinvolte	Messa a punto del documento entro Dicembre 2018, a seguito di almeno 2 incontri tra le UO interessate in cui compaia un protocollo condiviso relativo ai criteri di appropriatezza dei vari step diagnostici.				30%	20%				Documentazione presentata dal dr. Romagnoli in data 17/12/2018		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Sensibili relativi a Ldd-Cadute-Contenzione-Cateterismo vescicale	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	1 indagine nel II semestre 2018 per ciascuno degli esiti nursing sensibili					25%					Vedi relazione Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Integrazione risorse umane tra Diagnostica per Immagini di Ancona e Medicina Nucleare	Copertura turni attraverso utilizzo integrato risorse umane.	vedi indicatore a partire da settembre 2018 come da relazione DPS					25%					Vedi relazione Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																
	ArealRCCS-Produzione Scientifica	Pubblicazioni su riviste con IF	IFM	2,00	0,00	0%	0%	10%							obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi																
	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%							

R3611200 - SOC FARMACIA AN	Responsabile : Dott. Di Muzio Direttore Dipartimento: Prof. Procapio			BUDGET 2018													
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	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE C&R	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario																	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	Codifica DM attualmente gestiti dall'INRCA	Codifica univoca dei DM e PMC, attualmente gestiti dai POR INRCA (varie sedi), secondo le indicazioni regionali necessarie per ottemperare alle disposizioni ministeriali sull'invio dei flussi.	Percentuale delle anagrafiche dei DM e dei PMC con codice Farmadati, CND e repertorio dove presente.	60% al 31 dicembre 2018	73,40%	100%	100%	5%	10%				documentazione già in possesso del controllo di gestione		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Codifica DM Osimo	Nuova codifica univoca dei DM e PMC attualmente gestiti dal PO di Osimo non presenti nel sistema gestionale Navision, secondo le indicazioni regionali necessarie per ottemperare alle disposizioni ministeriali sull'invio dei flussi.	Percentuale delle anagrafiche dei DM e dei PMC con codice Farmadati, CND e repertorio dove presente.	100% al 31 dicembre 2018				10%	10%				documentazione già in possesso del controllo di gestione		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Armonizzazione delle anagrafiche DM e PMC per adeguamento procedure di acquisto	Unione delle anagrafiche di DM e PMC del PO di Osimo con i POR INRCA (varie sedi).Tale azione è indispensabile per l'armonizzazione delle anagrafiche ed è necessaria come base per le procedure d'acquisto (trancodifica).	Totalità dei DM e PMC del PO di Osimo confluiti nel sistema gestionale.	100% al 31 dicembre 2018				5%	10%				documentazione già in possesso del controllo di gestione		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Organizzazione Distribuzione Diretta Farmaci fascia A c/o PO Osimo	Definizione e attivazione della Distribuzione Diretta dei farmaci di Fascia A presso il PO di Osimo.	Attivazione del servizio con consegna bisettimanale.	a partire dal 1 luglio				5%	10%				documentazione già in possesso del controllo di gestione		obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile	
	Obiettivi regionali ex DGRM 471/2018	Realizzazioni attività per rispetto target regionali su obiettivi specificatamente attribuiti	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore				5%	10%				documentazione già in possesso del controllo di gestione		obiettivo non raggiunto	Valutazione sospesa	
	Approvvigionamento/disponibilità Farmaci per Presidio Osimo	Disponibilità farmaci in privativa per UUOO Osimo	vedi azione	entro 15/05/2018				5%	10%				documentazione già in possesso del controllo di gestione		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Approvvigionamento/disponibilità Farmaci per Presidio Osimo	Disponibilità farmaci gara aggiudicata dalla SUAM per UUOO Osimo	vedi azione	entro 01/06/2018				5%	10%				documentazione già in possesso del controllo di gestione		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Approvvigionamento/disponibilità Farmaci per Presidio Osimo	Messa in campo di tutte le attività per garantire la fornitura di Farmaci non inclusi in Privative e Suam	Invio del fabbisogno alla UO ABSL per attivazione contratti ponte, subentro contratti esistenti, ecc. ecc.	entro 01/06/2018				5%	10%				documentazione già in possesso del controllo di gestione		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Approvvigionamento/disponibilità Dispositivi Medici per Presidio Osimo	Messa in campo di tutte le attività per garantire la fornitura di Aghi e siringhe	Invio del fabbisogno alla UO ABSL per attivazione contratti ponte, subentro contratti esistenti, ecc. ecc.	entro 15/06/2018				5%					documentazione già in possesso del controllo di gestione		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Approvvigionamento/disponibilità Dispositivi Medici per Presidio Osimo	Messa in campo di tutte le attività per garantire la fornitura di Antisettici e disinfettanti	Invio del fabbisogno alla UO ABSL per attivazione contratti ponte, subentro contratti esistenti, ecc. ecc.	entro il 28/05/2018				5%					documentazione già in possesso del controllo di gestione		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Approvvigionamento/disponibilità Dispositivi Medici per Presidio Osimo	Messa in campo di tutte le attività per garantire la fornitura di altri dispositivi medici	Invio del fabbisogno alla UO ABSL per attivazione contratti ponte, subentro contratti esistenti, ecc. ecc.	entro il 30/06/2018				5%					documentazione pervenuta in data 28/05/2018		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Approvvigionamento/disponibilità Dispositivi Medici per Presidio Osimo	Messa in campo di tutte le attività per garantire l'adesione alla gara centralizzata Asur per guanti	Invio del fabbisogno alla UO ABSL per adesione contratto	entro il 20/09/2018				5%							obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																	
	AreaIRCCS-Produzione Scientifica	Pubblicazioni su riviste con IF	IFM	2	7	100%	100%	5%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	AreaIRCCS-Capacità di attrarre risorse	Gestione progetto GOOD	Partecipazione all'implementazione	Report entro 31/12				5%					documentazione già in possesso del controllo di gestione		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%								

*R2410600 - SOC CENTRO PATOLOGIA CLINICA E TERAPIA INNOVATIVA AN		Responsabile : Prof. Procopio Direttore Dipartimento: Prof. Procopio		BUDGET 2018													
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	RISORSE AGGIUNTI VE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario																	
	Area IRCCS-Capacità di attrarre risorse	Partecipazione a bandi di ricerca a progetto	Presentazione di progetti in qualità di centro coordinatore e/o centro partecipante	almeno 1	1	100%	100%	20%	20%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	Miglioramento qualità assistenziale	Presentazione della proposta "laboratorista di reparto"	Elaborazione di un documento circa le modalità operative di attuazione del progetto	da presnetare entro il 30/10 alla Direzione Sanitaria e Scientifica				10%					documentazion e inviata in data 30/10/2018		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																	
	Area IRCCS-Capacità di operare in rete	Rete IRCCS Invecchiamento	Partecipazione alle attività della rete	Presentazione allaDSC di una proposta di ricerca per il sottogruppo biogerontologia entro il 30/11				25%	40%				documentazion e pervenuta in data 28/11/2018		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Area IRCCS-Produzione scientifica	Pubblicazioni su riviste con IF	IFM	40	70,6	177%	100%	20%	20%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi																	
	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%								

R3611900 - SOC LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CLINICHE E MOLECOLARI AN	Responsabile : Dr. Agostinelli Direttore Dipartimento: prof. Procopio			BUDGET 2018												
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	RISORSE AGGIUNTI VE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLI DI GESTIONE	VALUTAZIONE C&R	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° Istanza
Economico-finanziario																
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci /valore della Produzione		0,06%	0,06%	155,51%	100%	10%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione		40,3%	55,1%	155,51%	100%	10%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale		4.008.960	3.923.858	98%	100%	15%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	Introduzione dosaggio calprotectina fecale (CF) un utile marcatore per la diagnosi differenziale tra patologie intestinali infiammatorie e non infiammatorie e nel monitoraggio delle malattie infiammatorie croniche intestinali.	Formazione del personale per l'esecuzione dei test con il sistema Cobas. (test finora eseguito olo lab. analisi Torretta)	Implementazione metodica su analizzatore	Effettuazione del 100% dei test richiesti dalle UUOO del POR di Ancona e Osimo e/o da pazienti ambulatoriali					5%	5%			documentazione e già pervenuta al Cogest	Obiettivo raggiunto: vedere "Budget 2018, UO Laboratorio Analisi, Allegato 1" (esempio referto del 05/12/2018). Metodica implementata al 100% olo il nostro Laboratorio dal 01/12/2018 con relativa disattivazione delle cessioni di servizio al Lab. Analisi- Osp. Torretta.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Introduzione Test PINP e CTX utili nel monitoraggio di alcune malattie metaboliche ossee (osteoporosi) e per rilevare alcuni disordini metabolici ossei come la malattia di Paget.	Formazione del personale per l'esecuzione dei test	Implementazione metodica su analizzatore	Entro il mese di ottobre					5%	5%			documentazione e già pervenuta al Cogest	Obiettivo raggiunto: vedere "Budget 2018, UO Laboratorio Analisi, Allegato 2 e 3" (esempio referti CTX e PINP del 05/09/2018). Metodiche implementate al 100% olo il nostro Laboratorio.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	appropriatezza richieste interne di laboratorio	definizione e attivazione di blocchi informatici sull'appropriatezza per UUOO delle richieste di laboratorio pz interni	Reportistica annuale con evidenziazione degli esami appropriati per UUOO eliminati rispetto al 2017	vedi indicatore					5%				documentazione e già pervenuta al Cogest	obiettivo raggiunto: vedere "Budget 2018, UO Laboratorio Analisi, Allegato 7"	obiettivo raggiunto	obiettivo non raggiunto
	Messa a regime delle Urgenze Notturne presso la sede di Osimo	Collaborazione con la Direzione Medica di Presidio per l'attivazione dei trasporti notturni. Definizione di un pannello condiviso di analisi richiedibili in urgenza/emergenza. Realizzazione di un collegamento informatico tra POR Ancona e PO Osimo relativo al LIS. Informazione e formazione del personale in servizio presso le UU.OO. interessate.	Inserimento di un link dedicato sulla Intranet Aziendale accessibile dal personale di reparto mediante credenziali dedicate. Test di verifica in loco attraverso: prenotazione richieste dai reparti, stampa etichette, trasporto campioni, check-in/check-out, esecuzione delle analisi e refertazione.	Evidenza della realizzazione del percorso mediante la presa in carico del campione da parte della struttura di Osimo, esecuzione delle analisi, validazione tecnica e visualizzazione online dei risultati e relativa stampa del referto.					10%	5%			documentazione e già pervenuta al Cogest	Le urgenze notturne di Laboratorio Analisi sono state gestite presso il Laboratorio Analisi del PO di Osimo a partire dal 8 ottobre 2018, pertanto da tale data le richieste vengono indirizzate al suddetto laboratorio mediante un link inserito nella Intranet Aziendale e secondo le modalità descritte nell'Allegato 4.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Completamento del processo di integrazione della UO Laboratorio Analisi Cliniche e Molecolari secondo l'ipotesi 1 descritta nel progetto relativo alla riorganizzazione delle attività svolte dai due laboratori. Progetto presentato nel corso della riunione del 15 giugno u.s.	1) Completamento SERVER UNICO 2) Trasferimento VITEK2 da Montagnola a Osimo e dismissione service VITEK2 olo Lab. Osimo 3) Collaborazione con la Direzione Medica per presentare ai reparti la nuova organizzazione del settore Microbiologia (allineamento e modifica dei codici di inserimento esami ed eventuale aggiornamento con nomenclature regionali, ecc.) 4) Trasferimento linee analitiche Proteine ed Elettroliti ad Osimo e dismissione della strumentazione olo Montagnola. 5) Invio di tutte le Emoglobine Glicate dal presidio di Osimo a quello del POR Ancona e conseguente dismissione dei due analizzatori presenti a Osimo.	Implementazione delle AZIONI intraprese	Realizzazione delle attività previste per ciascun progetto entro 31/12/2018					10%	5%			documentazione e già pervenuta al Cogest	1-2-3-4) Obiettivi raggiunti completamente per le attività di competenza del Laboratorio (vedere "Budget 2018, UO Laboratorio Analisi, Allegato 6, integrazione POR Ancona-Osimo") 5) Obiettivo raggiunto completamente: il 100% delle richieste del dosaggio della HbA1C del Presidio di Osimo vengono eseguite presso il Laboratorio Analisi del POR di Ancona	obiettivo raggiunto	obiettivo non raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Sensibili relativi a Leds-Cadute-Contenzione-Cateterismo vescicale	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	1 indagine nel II semestre 2018 per ciascuno degli esiti nursing sensibili						50%				Si veda relazione Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																
	Partecipazione del Laboratorio ai progetti di ricerca dell'Istituto	Collaborazione con Direzione Scientifica per lo svolgimento dei progetti attivi in termini di reclutamento pazienti e svolgimento delle attività richieste	implementazione attività richieste	Realizzazione delle attività previste per ciascun progetto					5%				documentazione e già pervenuta al Cogest	Obiettivo raggiunto: vedere "Budget 2018, UO Laboratorio Analisi, Allegato 5, attività ricerca"	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi																
	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi								25%	20%						

'R3612100 - SOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI AN	Responsabile : Dott.ssa Ravasi Direttore Dipartimento: Prof. Procopio			BUDGET 2018												
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENT O AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZ A	PESO COMPART O	RISORSE AGGIUNTI VE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE C&R	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONI 2° ISTANZA
Economico-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci /valore della Produzione	3,54%	3,32%	106%	100%	10%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	10,61%	8,09%	124%	100%	10%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	3.960.083	4.428.921	112%	100%	15%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	Attivazione di sedute di esami neuroradiologici nel PO di Osimo	Verranno effettuati da parte di dirigenti del POR di Ancona esami neuroradiologici su Osimo (1 seduta settimanale) gestiti dalla struttura semplice di neuroradiologia	Numero di sedute al 31/12/2018	Almeno 15 sedute				5%					Documentazione e presentata in data 18/12/2018	Si allega l'elenco delle 17 sedute espletate al 18/12/2018.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Attivazione di procedure di radiologia interventistica cardiologica	In collaborazione con la UOC di Cardiologia e attraverso la consulenza di dirigenti della AA.OO.RR., specialisti in emodinamica, verranno effettuate procedure di interventistica e diagnostica invasiva cardiologica, presso la sala angiografica dell'Istituto	Avvio delle attività entro il 31/12	vedi indicatore				5%				avvio delle attività subordinato all'approvvigioname nto del materiale		Si segnala l'impossibilità di raggiungere tale obiettivo. La determina di autorizzazione per la fornitura di materiali per l'emodinamica e interventistica cardiologica è stata approvata il 10/12/2018 e al 31/12 l'UO risultava ancora sprovvista del materiale necessario all'avviamento dell'attività, nè è possibile prevedere quando lo stesso sarà disponibile e consegnato all'UOC. Pertanto si reputa l'obiettivo non raggiunto e non valutabile	obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile
	Stesura di un protocollo per la diagnosi differenziale di osteomielite in pazienti affetti da ulcera al piede in corso di Neuroatrofia di Charcot	Individuare, in collaborazione con le UOC Piede Diabetico, Diagnostica per Immagini Radiologia Clinica ed Interventistica e la UOSD Medicina Nucleare, i criteri di selezione per effettuare, in questa tipologia di pazienti, la scintigrafia con leucociti marcati	Numero delle riunioni verbalizzate	Presentazione del protocollo condiviso entro 31/12/2018				5%					Documentazione e presentata dal dr. Romagnoli in data 17/12/2018	obiettivo raggiunto. Si veda documentazione inviata dal dr. Romagnoli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Obiettivi regionali ex DGRM 640/2018	Realizzazioni attività per rispetto PRGLA	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	74,4%	74%	74%	5%	10%						obiettivo parzialmente raggiunto	obiettivo parzialment raggiunto
	Obiettivi regionali ex DGRM 471/2018	Realizzazioni attività per rispetto target regionali su obiettivi specificatamente attribuiti	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	1,54%	31%	31%	5%	10%						obiettivo non raggiunto	obiettivo no raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Sensibili relativi a Ldd-Cadute-Contenzione- Cateterismo vescicale	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	1 indagine nel II semestre 2018 per ciascuno degli esiti nursing sensibili					15%					Si veda relazione Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Integrazione risorse umane tra Diagnostica per Immagini di Ancona e Diagnostica per Immagini di Osimo	Presentazione di un progetto di fattibilità di integrazione	avvio del progetot entro la fine dell'anno come da relazione DPS					15%					Si veda relazione Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Integrazione risorse umane tra Diagnostica per Immagini di Ancona e Medicina Nucleare	Copertura turni attraverso utilizzo integrato risorse umane.	vedi indicatore a partire da settembre 2018 come da relazione DPS					20%					Si veda relazione Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																
	AreaIRCCS-Produzione Scientifica	Publicazioni su riviste con IF	IFM	2	2	100%	100%	5%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	AreaIRCCS-Capacità di attrarre risorse	Progetto Interceptor	Partecipazione all'implementazione	Report entro 31/12				5%					Documentazione e presentata in data 18/12/2018	Si veda relazione inviata in data 18/12/2018	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	AreaIRCCS-Ricerca corrente	Presentazione progetto	Definizione GANTT triennale e Implementazione attività anno corrente	Report stato di avanzamento entro il 31/12				5%					Documentazione e presentata in data 18/12/2018	Si veda relazione inviata in data 18/12/2018	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%							

'R2601500 - SOC DIREZIONE MEDICA PRESIDIO CS			Responsabile : Dr. Pranno		BUDGET 2018											
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	RISORSE AGGIUNTE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
<i>Economico-finanziario</i>																
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>																
	Miglioramento della qualità dell'assistenza	Controllo a campione delle cartelle cliniche riguardo la corretta compilazione per l'anno 2018 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 31/01/2019				15%	20%				documentazione già in possesso del cogest		obiettivo al momento non valutabile	obiettivo non valutabile
	Certificazione di Qualità	Messa in campo di tutte le attività necessarie al raggiungimento del mantenimento della certificazione	Valutazione positiva dell'ente certificatore	vedi indicatore				15%	20%				documentazione già in possesso del cogest		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento della sicurezza	Realizzazione giornate formative per tutto il personale sulle procedure della sicurezza sui luoghi di lavoro al fine di ridurre ulteriormente i rischi per gli operatori e l'utenza.	realizzazione di n. 2 edizioni (periodo giugno-dicembre 2018) con docenza interna (RSPP - MC)	Partecipazione dell'90% degli operatori misurata con idonea modalità (Foglio Firma)				15%	20%				documentazione già in possesso del cogest		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Schede di valutazione del medico competente	Predisposizione delle schede di valutazione entro il 15/09 da sottoporre all'approvazione del Medico competente	vedi azione	vedi indicatore				15%	20%				documentazione inviata in data 12/09/2018		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Piano di razionalizzazione e sviluppo	Partecipazione alla stesura e realizzazione del piano di razionalizzazione e sviluppo	Sottoscrizione del Piano tra Regione Calabria e Inrca	entro il 30/09				15%					documentazione già in possesso del cogest		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>																
<i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i>			Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					25%	20%							

*R2602200 - SOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESIDIO CS			BUDGET 2018													
Responsabile : Dr. Pichieri																
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	RISORSE AGGIUNTE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario																
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	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.	Mantenimento degli accordi e delle intese rivolte al coinvolgimento di nuovi utenti per l'incremento delle attività del P.O.R.	Almeno n. 1 incontro nel corso dell'anno	Vedi indicatore				15%	20%				documentazione e già in possesso del cogest		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Orario di Servizio	Controllo e monitoraggio dell'orario di lavoro dei dipendenti del Por	Saldo orario al 31/12/2018 ≥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 31/03/2019	Vedi indicatore				15%	20%				documentazione e già in possesso del cogest		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Attività di monitoraggio sui reclami	Realizzazione di un report infrannuale sui reclami	Report infrannuale sui reclami	3 Report a partire dal II semestre 2018				10%	20%				documentazione e già in possesso del cogest		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Tempestività delle registrazioni degli esenti in cassa	Registrazioni tempestive delle prestazioni esenti con riorganizzazione del processo di "recupero" delle impegnative	Scostamento tra le prestazioni registrate entro 10 gg dalla chiusura del mese e quelle registrate 40 gg dopo la chiusura del mese	Scostamento inferiore al 5% per UO come da report del Cogest e Sistemi Informativi. Rilevazione dal mese di settembre				10%	20%				documentazione e già in possesso del cogest		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Piano di razionalizzazione e sviluppo	Partecipazione alla stesura e realizzazione del piano di razionalizzazione e sviluppo	Sottoscrizione del Piano tra Regione Calabria e Inrca	entro il 30/09				25%				Fatte salve diverse determinazioni del Dipartimento e dell'Ufficio del Commissario della Regione Calabria	documentazione e già in possesso del cogest		obiettivo non valutabile	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi																
	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%							

R2901500 - SOC DIREZIONE MEDICA PRESIDIO CT		Responsabile : Dr. Bordoni		BUDGET 2018												
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	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario																
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	Consolidamento del percorso relativo alla gestione del rischio clinico	Adempimento degli obiettivi e dei tempi del piano annuale Risk Management 2018 richiesto da Regione Lombardia che verrà redatto entro 31/03/2018	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 12/01/2019 del rendiconto dello stesso a Regione Lombardia.				15%	20%				documentazione e già in possesso del cogest		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Compilazione del cruscotto di Regione Lombardia riguardante la parte di Check list di Autovalutazione	Accesso al Portale dedicato (PRIMO) di Regione Lombardia e adempimento degli obiettivi indicati da regione nell'ambito della check list di autovalutazione .	Compilazione delle nuova check list di autovalutazione	Rispetto dei tempi stabiliti per la compilazione indicati da Regione Lombardia				15%	15%				documentazione e già in possesso del cogest		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Consolidamento del percorso relativo alla gestione del Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (PIMO)	Adesione al prgramma di rilevazione dei dati, compilazioni degli indicatori sul portale regionale di governo .	Indicatori presenti sul portale PRIMO elaborati da Regione Lombardia identificati ed utilizzabili per la nostra realtà	Compilazione indicatori e apertura di un piano di miglioramento per gli indicatori con valore inferiore a quello rilevato nel 2016				15%	15%				documentazione e già in possesso del cogest		obiettivo raggiunto	obiettivo non valutabile
	Prevenzione e sicurezza dei luoghi di lavoro e procedure di evacuazione	Aggiornamento del piano di emergenza ed evacuazione anche in seguito all'apertura della nuova unità operativa presso il presidio di Merate dell'ASST Lecco.	Revisione del piano di evacuazione	Revisione del piano di evacuazione entro la fine del 2018 e invio a tutto il personale tramite posta elettronica				15%	15%				documentazione e già in possesso del cogest		obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile
	Avvio del percorso di presa in carico del paziente cronico ai sensi della DGR di Regione Lombardia x/6551 del 04/05/2017	Attivazione di numero telefonico e indirizzo di posta elettronica dedicati e aggiornamento del portale INRCA.Individuazione dei clinical manager, dei case manager e individuazione di un centro servizi per la gestione dell'attività di presa in carico	Esistenza di un team dedicato alla gestione del paziente cronico. Verifica da parte della DMPO dell'attività del Team (Dal contatto alla presa incarico non superiori a 5 giorni lavorativi). Appuntamento per la stipula del patto di cura entro 45 giorni dal contatto.	1) Formalizzazione del team entro settembre 2018 2) Monitoraggio dei tempi della presa in carico 3) Monitoraggio dei tempi di stipula del patto di cura				15%	15%				documentazione e già in possesso del cogest		obiettivo 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						25%	20%							

*R2902200 - SOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESIDIO CASATENOVO		Responsabile : Dr.ssa Fioravanti		BUDGET 2018													
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	RISORSE AGGIUNTE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario																	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	Rilevazione fisica degli inventari di magazzino e monitoraggio delle scadenze dei prodotti nell'ottica della razionalizzazione dei processi di acquisto nell'ambito del piano attuativo della certificabilità	Rilevazione inventariale a cadenza trimestrale dei beni di consumo dei magazzini centrali	Redazione di specifico verbale per attestare la corrispondenza tra la giacenza fisica e i dati derivanti dal sistema contabile e di un report di monitoraggio delle scadenze	report trimestrali a partire da settembre 2018				25%	30%				documentazione inviata in data 20/11/2018	dato riscontro alla Direzione del report n.1 con nota prot.n. 34351/2018 del 20/11/18 e dell'inventario di chiusura dell'anno 2018 con nota n.2443 del 24/01/2019 inviata all'U.O. Amm. e Finanza che si allega	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Autocontrollo della cassa economale e delle casse prestazioni/CUP	Verifica trimestrale di congruenza tra le risultanze dei giornali di cassa e le effettive giacenze liquide	Redazione di verbale delle verifiche effettuate con adeguata alternanza delle casse sottoposte a verifica	report trimestrali a partire da settembre 2018				25%	25%				documentazione inviata in data 24/01/2019	le verifiche sono state effettuate nelle date di compresenza dell'Economo e del Dirigente - dato riscontro alla Direzione e al Cogest del report n.1 con nota prot.n. 34037 del 16/11/2018 report n.2 con nota prot.n. 2505 del 24/01/2019	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Monitoraggio dell'orario straordinario volto a supportare i responsabili nell'impiego razionale delle risorse - prosecuzione obiettivo 2017	Sistema di monitoraggio periodico e controllo del lavoro straordinario a supporto delle U.O.	Elaborazione di report mensili di controllo	report mensili a partire da settembre 2018				25%	25%				documentazione inviata in data 24/01/2019	I report mensili sono stati regolarmente inviati ai responsabili entro il giorno 20 del mese successivo a quello di riferimento; tali evidenze sono state trasmesse alla Direzione e al Cogest in un'unica soluzione a chiusura del periodo con nota prot.n. 2507 del 24/01/2019	obiettivo 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							25%	20%								

R3611500 - SOC DIREZIONE MEDICA PRESIDI AN FE AP		Responsabile : Dr.ssa David			BUDGET 2018											
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	RISORSE AGGIUNTE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONI 2° ISTANZA
Economico-finanziario																
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	Avvio sistema informatico gestione paziente nella residenzialità	avvio ADT residenzialità	v. azione	vedi indicatore entro 30/06/2018				15%	15%				avvio procedura nel mese di gennaio 2018	Si veda documentazione allegata	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	applicazione DRGM 640/2018	Messa in campo di tutte le azioni necessarie all'applicazione della DGR e monitoraggio dei tempi di attesa	Relazione mensile sullo stato di attivazione delle azioni da inviare al DS	entro il 10 del mese successivo. A partire da ottobre				15%	15%				Documentazione pervenuta in data 21/12/2018	Si veda documentazione allegata	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Integrazione nell'ambito del Dipartimento chirurgico, Dipartimento dei Servizi e in ambito di area medica in coerenza con le linee strategiche fornite dalla Direzione	Supervisione alla definizione del percorso relativo a: - Paziente chirurgico in urgenza - Telerefertazione radiologica - Paziente in ictus	Validazione dei documenti relativi redatti dai Dipartimenti	entro il 31/12/2018				15%					Documentazione pervenuta in data 21/12/2018	Si veda documentazione allegata	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Avvio sistema informatico Presidio di Osimo	Implementazione sistema SIS nell'ambito del Presidio di Osimo	Implementazione nell'ambito del PS	entro il 31/12/2018				10%	25%				Documentazione pervenuta in data 21/12/2018	Si veda documentazione allegata	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Appropriatezza attività chirurgica	Definizione dei criteri di priorità degli interventi chirurgici nell'ambito della lista di attesa	Presentazione del Documento alla Direzione generale	Entro il 30/06				10%					Documentazione pervenuta in data	Si veda documentazione allegata	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Raccomandazione n. 8 Min San	Predisposizione delle azioni necessarie all'implementazione della raccomandazione n. 8 in collaborazione con RSPP e Ufficio tecnico	Documento contenente le indicazioni operative da presentare alla DS	Entro il 30/09				10%	25%				Documentazione pervenuta in data 23/08/2018	Si veda documentazione allegata	Obiettivo 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						25%	20%							

R3612200 - SOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESIDI AN FE AP			Responsabile : Dr.ssa Fioravanti														BUDGET 2018													
SETTORE	OBBIETTIVO	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	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNA	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA														
Economico-finanziario																														
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																														
	Condivisione/coordinamento settore cassa Osimo	incontri condivisi con il personale dedicato	Apertura pomeridiana	Apertura pomeridiana di 3 h all'interno della fascia oraria 14 - 19. A partire dal completamento dell'organico (ipoteticamente settembre)				10%	20%					dato riscontro alla Direzione e al CoGest con nota prot.n.28438/2018 del 28/09/2018	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto														
	Condivisione/coordinamento settori centralino Osimo	incontri condivisi con il personale dedicato	proposta piano di riorganizzazione in un'ottica centralizzata	presentazione proposta entro 30/09				10%						dato riscontro alla Direzione e al CoGest con nota prot.n.28441/2018 del 28/09/2018	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto														
	Rivisitazione e aggiornamento carta dei servizi	Presentazione di una proposta di carta dei servizi per l'utenza dei presidi Marche in una logica unitaria	Presentazione proposta alla Direzione	entro il 2018				10%	20%					dato riscontro alla Direzione e al CoGest con nota prot.n.39108/2018 del 30/10/2018	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto														
	Attività di monitoraggio sui reclami	Realizzazione di un report infrannuale sui reclami	Report infrannuale sui reclami	un report semestrale (al 30 giugno) e due Report trimestrali - ultimo report entro 31/01/2019				10%	10%				Documentazione pervenuta in data 07/02/2019	dato riscontro alla Direzione e al CoGest dei report al 30 giugno e al 30 settembre con note n.33807 del 15/11/2018 e prot.n.4135 del 07/02/2019	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto														
	Rilevazione attività	Approfondimento della problematica dell'attività erogata dal prof. Sarzani presso l'UH di Torrette e presentazione di una proposta sulla rilevazione Inrca di queste attività	Presentazione proposta alla Direzione	entro il 31/12/2018				10%					Documentazione pervenuta in data 21/12/2018	incontro effettuato il 5/12/2018 - dato riscontro alla Direzione e al CoGest con nota prot.n.38360/2018 del 21/12/2018	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto														
	Rilevazione attività	Approfondimento della problematica relativa alla necessità di integrare le ricette dematerializzate al momento dell'esecuzione della prestazione e presentazione di una proposta di soluzione tenendo conto delle disposizioni regionali	Presentazione proposta alla Direzione	entro il 30/10/2018				10%	10%					dato riscontro alla Direzione e al CoGest con nota prot.n.32075/2018 del 30/10/2018	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto														
	Tempestività delle registrazioni degli esenti in cassa	Registrazioni tempestive delle prestazioni esenti con riorganizzazione del processo di "recupero" delle impegnative	Scostamento tra le prestazioni registrate entro 10 gg dalla chiusura del mese e quelle registrate 40 gg dopo la chiusura del mese	Scostamento inferiore al 5% per UO come da report del Cogest e Sistemi Informativi. Rilevazione dal mese di ottobre per i presidi di Ancona, Fermo e Osimo				10%	20%					rendicontazione a cura CoGest e SIA	Obiettivo non valutabile come da attestazione del controllo di gestione	Obiettivo raggiunto														
	Piano di recupero e messa a regime delle prescrizioni esenti	Inserimento e aggiornamento prescrizioni esenti	inserimento di tutte le prescrizioni 2018	entro 15/01/2019				5%						come da risultanze del SIA (si veda mail allegata al presente prospetto): Ancona 151.258 di cui 260 inserite nel mese di febbraio 2019 pari al 0,17% Fermo 17.031 di cui 1 inserita nel mese di febbraio 2019 pari al 0,01% Osimo 65.136 di cui 35 inserite a febbraio 2019 pari al 0,05%	Obiettivo 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							25%	20%																					

R3651000 - MEDICINA GENERALE OSIMO	Responsabile : Dr. Burattini Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli			BUDGET 2018													
	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	RISORSE AGGIUNTE	VALENZA BIENNALE	NOTE	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 /valore della Produzione	8,09%	6,41%	120,83%	100%	10%	5%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	4,07%	2,95%	127,51%	100%	10%	5%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	2.868.505	2.870.405	100%	100%	15%								obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	Promozione vaccinazione antipneumococcica	Somministrazione diretta vaccino antipneumococcica nella popolazione a rischio	Proposta di somministrazione a pz ultrasessantacinquenni	almeno 70% dei paz visitati in regime ambulatoriale e di ricovero (negli ultimi 4 mesi dell'anno)				10%	10%				disponibilità vaccino		E' stata fatta proposta di somministrazione di vaccino a n. pazienti ricoverati o in regime ambulatoriale con una percentuale del %. Non è stato possibile somministrare il vaccino in quanto non disponibile.	obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile
	Obiettivi regionali ex DGRM 471/2018	Realizzazioni attività per rispetto target regionali su obiettivi specificatamente attribuiti	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	6%	60%	60%	10%	5%							obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto
	Obiettivi regionali ex DGRM 640/2018	Realizzazioni attività per rispetto PRGLA	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore				10%	5%							obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Sensibili relativi a Ldd-Cadute-Contenzione-Cateterismo vescicale	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	1 indagine nel II semestre 2018 per ciascuno degli esiti nursing sensibili					15%						So veda relazione Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Cartella infermieristica	Formazione sulla cartella infermieristica (modello Gordon)	Partecipazione degli operatori di area di degenza	Almeno il 40%					15%						So veda relazione Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Integrazione risorse umane a livello di Presidio	Copertura turni intero presidio attraverso utilizzo risorse interne dello stesso.	vedi indicatore a partire da settembre 2018 come da relazione DPS					20%						So veda relazione Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																	
	ArealIRCCS-Ricerca corrente	Ipotesi attività scientifica	Presentazione piano d'azione	report al 31/12				10%						documentazione pervenuta in data 12/11/2018	Il piano di azione è stato inviato in data 12/11/2018 e protocollato in data 07/12. Si veda documento allegato	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%								

*R3651140 - ANESTESIA OSIMO		Responsabile : Dr. Iuorio Direttore Dipartimento: dr. Della Bella		BUDGET 2018												
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	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZION 2° ISTANZA
Economico-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci/valore della Produzione Dipartimento Chirurgico Po Osimo	0,77%	0,96%	76,28%	76,28%	10%	5%						obiettivo parzialmente raggiunto	obiettivo non valutabile
	Risultati economici	Maggiore attenzi one nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione Dipartimento Chirurgico Po Osimo	4,03%	4,49%	88,50%	88,50%	10%	5%						obiettivo parzialmente raggiunto	obiettivo non valutabile
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	Terapia del dolore	Aumento dei volumi	Attività 2018 rispetto al 2017	Aumento rispetto al 2017				15%	10%					nel 2017 sono state effettuate 329 prestazioni, nel 2018 n.673. Si veda documentazione allegata con codici relativi al nomenclatore regionale.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Accessi vascolari	Aumento dell'appropriatezza degli accessi a partire dal 4 trimestre 2018	Appropriatezza pari ad almeno al 60%	vedi indicatore a partire del 4 trimestre 2018				15%	10%					Come si evince dalla relazione allegata, nel corso dell'ultimo trimestre 2018 l'appropriatezza delle procedure di accesso venoso risulta essere pari al 95%. Si veda report elaborato dall'UO.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Implementazione percorso chirurgico	Ottimizzazione gestione perioperatoria del rischio tromboembolico ed emorragico	Stesura protocollo operativo e condivisione con le UUOO Chirurgiche	entro 15/11				15%					documentazione pervenuta in data 06/11/2018	Il protocollo è stato redatto congiuntamente con l'UO Anestesia del POR di Ancona ed inviato in data 06/11/2018. Si veda documento allegato.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Sensibili relativi a Ldd-Cadute-Contenzione-Cateterismo vescicale	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	1 indagine nel II semestre 2018 per ciascuno degli esiti nursing sensibili					25%					Si veda relazione dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Integrazione risorse umane a livello di Presidio	Copertura turni intero presidio attraverso utilizzo risorse interne dello stesso.	vedi indicatore a partire da settembre 2018 come da relazione DPS					25%					Si veda relazione dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																
	Area IRCCS-Ricerca corrente	Ipotesi attività scientifica	Presentazione piano d'azione	report al 31/12				10%					documentazione pervenuta in data 17/12/2018	Il piano di azione è stato presentato in data 17/12/2018. Si veda documento allegato	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi																
	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%							

R3651270 - SALA ENDOSCOPIA OSPEDALE OSIMO	Responsabile : Dr. Silvestrelli Direttore Dipartimento: dr. Della Bella			BUDGET 2018													
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIAANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTE	VALENZA BIENNALE	NOTE	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/valore della Produzione	4,81%	5,84%	78,56%	78,56%	10%	5%						obiettivo parzialmente raggiunto	obiettivo non valutabile	
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	24,08%	26,15%	91,41%	91,41%	10%	5%						obiettivo parzialmente raggiunto	obiettivo non valutabile	
	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	310.000	329.111	106%	100%	15%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	Miglioramento assistenza disagiati	Partecipazione al PEG team in collaborazione con DMPO, UO Anestesia, UO Nutrizione Clinica AN	partecipazione agli incontri con le UUOO coinvolte	partecipazione del 80%				5%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Prosecuzione screening regionale	Mantenimento attività endoscopia screening	% eseguiti su prenotati	Scostamento non superiore al 5%				5%	10%				scostamento del 2% (nel 2017 340 esami - nel 2018 334)		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Valorizzazione risorse umane e professionali	Definizione PDTA per pz con celiachia	Stesura del PDTA aziendale entro 60 giorni dall'emanazione della DGRM relativa a tale PDTA	vedi indicatore				5%							obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile	
	Partecipazione al gruppo interdisciplinare per la chirurgia colonrettale	Partecipazione al gruppo da attivarsi da parte dell'UOC Chirurgia	partecipazione al gruppo	vedi indicatore				5%							obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto	
	Definizione di un percorso interdisciplinare con la chirurgia per l'occlusione intestinale	Definizione del percorso da condividere con le UUOO Chirurgia e la Diagnostica per Immagini	definizione del percorso ed invio dello stesso alla Direzione Sanitaria	entro dicembre 2018				5%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Obiettivi regionali ex DGRM 471/2018	Realizzazioni attività per rispetto target regionali su obiettivi specificatamente attribuiti	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	3,64%	73%	72,78%	5%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo parzialmente raggiunto	
	Obiettivi regionali ex DGRM 640/2018	Realizzazioni attività per rispetto PRGLA	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	2,71	54%	54%	5%	5%						obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto	
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Sensibili relativi a Ldd-Cadute-Contenzione-Cateterismo vescicale	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	1 indagine nel II semestre 2018 per ciascuno degli esiti nursing sensibili					25%					Si veda relazione del Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Integrazione risorse umane a livello di Presidio	Copertura turni intero presidio attraverso utilizzo risorse interne dello stesso.	vedi indicatore a partire da settembre 2018 come da relazione DPS					25%					Si veda relazione del Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																	
	ArealRCCS-Ricerca corrente	Ipotesi attività scientifica	Presentazione piano d'azione	report al 31/12				5,0%					documentazione pervenuta in data 03/1/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi																	
	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25,0%	20%								

R3651290 - PNEUMOLOGIA OSIMO	Responsabile : Dr. De Luca Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli		BUDGET 2018														
	SETTORE	OBBIETTIVO	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	RISORSE AGGIUNTE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economica-finanziaria	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci /valore della Produzione		3,51%	5,82%	33,90%	0%	10%	5%						Obiettivo non raggiunto	obiettivo non valutabile
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione		5,64%	3,64%	135,43%	100%	10%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale		1.416.016	1.404.469	99,18%	100%	15%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	Promozione vaccinazione antipneumococcica	Somministrazione diretta vaccino antipneumococcica nella popolazione a rischio	Proposta di somministrazione a pz ultrasessantacinquenni	almeno 90% dei paz visitati in regime ambulatoriale e di ricovero (negli ultimi 4 mesi dell'anno)					10%	5%			disponibilità vaccino	documentazione pervenuta in data 31/12/2018	Promossa la vaccinazione antipneumococcica in pazienti ultrasessantacinquenni sia in regime ambulatoriale che di ricovero con percentuale rispettivamente del 95% e 92%. Non vi è stata somministrazione diretta per indisponibilità del vaccino. (vedi documentazione allegata)	obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile
	Priorizzazione dell'accesso al monitoraggio cardiorespiratorio notturno	Creazione di priorità per esami di registrazione notturna	almeno il 70% dei pz sono esaminati nei tempi prestabiliti in base alla classe di priorità	vedi indicatore					10%	5%			disponibilità di poligrafi cardiorespiratori		Sono state create 4 classi di priorità (0,1,2,3) per accesso all'esame di registrazione notturna; più alto era il punteggio più rapido era l'accesso , rispettivamente entro 30gg (classe 3),entro 60 (classe 2),entro 90 (classe 1) e entro 120 (classe 0). Le percentuali nei tempi stabiliti sono risultate : 72% classe 0, 75% classe 1, 80%, classe 2, 90% classe 3 (vedi report allegato).	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Obiettivi regionali ex DGRM 471/2018	Realizzazioni attività per rispetto target regionali su obiettivi specificatamente attribuiti	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore		4,26%	85%	85%	5%	5%						obiettivo non raggiunto	obiettivo parzialmente raggiunto
	Obiettivi regionali ex DGRM 640/2018	Realizzazioni attività per rispetto PRGLA	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore		2,71	54%	54%	5%	5%						obiettivo parzialmente raggiunto	Obiettivo non raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Sensibili relativi a Ldd-Cadute-Contenzione-Cateterismo vescicale	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	1 indagine nel II semestre 2018 per ciascuno degli esiti nursing sensibili						15%					Si veda relazione del Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Cartella infermieristica	Formazione sulla cartella infermieristica (modello Gordon)	Partecipazione degli operatori di area di degenza	Almeno il 40%						15%					Si veda relazione del Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Integrazione risorse umane a livello di Presidio	Copertura turni intero presidio attraverso utilizzo risorse interne dello stesso.	vedi indicatore a partire da settembre 2018 come da relazione DPS						20%					Si veda relazione del Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																	
	Area IRCCS-Ricerca corrente	Ipotesi attività scientifica	Presentazione piano d'azione	report al 31/12					10%						Ipotesi di studio clinico sulla prevalenza di osteoporosi in pazienti affetti da BPCO moderata severa	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi																	
	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi								25%	20%							

R3651800 - EMERGENZA URGENZA OSIMO	Responsabile : Dr. Frati Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli		BUDGET 2018													
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	RISORSE AGGIUNTE	VALENZA BIENNALE	NOTE	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 /valore della Produzione	9,69%	9,47%	102%	100%	10%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	20,28%	18,17%	110%	100%	10%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	500.516	450.745	90%	90%	15%							obiettivo parzialmente raggiunto	obiettivo parzialmente raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	Implementazione dell'integrazione INRCA/Osimo	Integrazione percorsi ICTUS diagnostico/terapeutici con le unità del Dipartimento Medico INRCA/Osimo	Creazione/implementazione percorso Ospedale Osimo-INRCA per presa in carico di pazienti ultra 65enni affetti da ictus ischemico per eventuale trattamento trombolitico	Almeno 5 pazienti trombolisati inviati al Por Ancona				30%	20%					In merito al progetto in oggetto sono stati inviati nell'U.O. di Neurologia un tot. Di 15 pazienti (elenco in allegato) di cui 1 è stato ritenuto candidabile alla trombolisi	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Sensibili relativi a Ldd-Cadute-Contenzione-Cateterismo vescicale	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	1 indagine nel II semestre 2018 per ciascuno degli esiti nursing sensibili					25%					Si veda relazione del Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Integrazione risorse umane a livello di Presidio	Copertura turni intero presidio attraverso utilizzo risorse interne dello stesso.	vedi indicatore a partire da settembre 2018 come da relazione DPS					25%					Si veda relazione del Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																
	AreaIRCCS-Ricerca corrente	Ipotesi attività scientifica	Presentazione piano d'azione	report al 31/12				10%					Documentazione pervenuta in data 17/12/2018	Relazione inviata in data 17/12/2018 prot. N° 37829 (si allega documentazione)	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi																
	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%							

R2900100 - SOSD CARDIOLOGIA RIABILITATIVA CT	Responsabile : Dr. Serra Direttore Dipartimento: dr. Bordoni		BUDGET 2018													
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	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Beni sanitari /valore della Produzione	0,87%	1,74%	-0,51%	0,00%	20%	10%							obiettivo non raggiunto
	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	230.321	253.797	110%	100%	15%								obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	miglioramento offerta utenza	stabilizzazione laboratorio aritmologia	registrazione ECG dinamico	400 registrazioni				10%	10%							obiettivo raggiunto
	miglioramento offerta utenza	apertura ambulatorio classe D	riduzione lista d'attesa	40 pazienti				10%	10%							obiettivo raggiunto
	Integrazione SISS R.L	richieste ricetta elettronica	numero ricette elettroniche su totale	>del 90% ricette emesse				10%								obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Partecipazione del personale infermieristico alle attività trasversale del punto prelievi di POR	Integrare l'attività nell'espletamento delle competenze infermieristiche del punto prelievi di POR	Relazione delle attività e del personale che ha integrato il punto prelievi del POR entro il 31/12/2018					50%					Si veda relazione Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																
	ArealRCCS-Capacità di attrarre risorse	Gestione progetto Reportage	Partecipazione all'implementazione	Report entro 31/12				10%								obiettivo non raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%							

R2901000 - SOC PNEUMOLOGIA CT	Responsabile : Dr. Colombo Direttore Dipartimento: dr. Bordini		BUDGET 2018													
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 COMPART O	RISORSE AGGIUNTI VE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei beni sanitari	Costo dei Beni sanitari pneumo generale + riabilitativa / valore della Produzione pneumo generale + riabilitativa	4,08%	3,42%	116,02%	100%	10%	10%							obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei beni sanitari	Costo dei Beni sanitari attività allergologica	90.000	123.202	63,11%	0%	10%								obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	2.812.915	2.821.478	100%	100%	15%								obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	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%								obiettivo raggiunto
	Miglioramento della continuità assistenziale tra ospedale e ASST	realizzazione team multidisciplinare interaziendale	coinvolgimento di più specialisti in team multidisciplinare	Partecipazione al almeno 20 incontri entro il 12/2018				5%	5%							obiettivo raggiunto
	Miglioramento della qualità e standardizzazione del lavoro di equipe	stesura PDTA SEPSI	produzione PDTA	inserimento S.Qualità entro 30/12/18				5%								obiettivo raggiunto
	Miglioramento della qualità e standardizzazione del lavoro di equipe	stesura PDTA SEPSI	aggiornamento al personale medico e infermieristico	Partecipazione globale di almeno 80% personale medico				5%								obiettivo raggiunto
	Miglioramento della qualità e standardizzazione del lavoro di equipe	Riunioni con specialisti di altre discipline	1 riunione con tre specialisti entro il 31/12/2018	Partecipazione globale di almeno 80% personale medico				5%								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
	Informatizzazione area sanitaria	Inserimento in primo lettere di dimissioni	presenza nel sistema informatico di lettere firmate e validate	oltre il 90%				5%	5%							obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Sensibili relativi a Ldd-Cadute Contenzione-Cateterismo vescicale	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	1 indagine nel II semestre 2018 per ciascuno degli esiti nursing sensibili					25%					Si veda relazione del Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Cartella infermieristica	Formazione sulla cartella infermieristica (modello Gordon)	Partecipazione degli operatori di area di degenza	Almeno il 40%					25%					Si veda relazione del Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																
	Area IRCCS-Ricerca corrente	Presentazione progetto	Definizione GANTT triennale e implementazione attività anno corrente	Report stato di avanzamento entro il 31/12				5%								obiettivo non raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%							

R2901100 - SOC PNEUMOLOGIA RIABILITATIVA/CENTRO DI RICERCA PATOLOGIE TO	Responsabile : Dr. Colombo Direttore Dipartimento: Dr. Bordini		BUDGET 2018													
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	RISORSE AGGIUNTE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei beni sanitari	Costo dei Beni sanitari pneumo generale + riabilitativa / valore della Produzione pneumo generale + riabilitativa	4,08%	3,42%	116,02%	100%	20%	10%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	2.799.166	2.896.313	103%	100%	15%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	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%	10%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento della continuità assistenziale tra ospedale e territorio	Formazione pratica di personale dedicato alla assistenza di pazienti ad elevata complessità	numero di personale formato	almeno 8 entro 31-12-2018				5%	10%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento della qualità e standardizzazione del lavoro di equipe	Riunioni con specialisti di altre discipline di particolare	2 riunioni con 2 diversi specialisti di altre discipline. Entro il 31/12	Partecipazione globale di almeno 80% personale medico				5%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Implementazione percorsi educazionali nella riabilitazione respiratoria	sedute educazionali con psicologo ai pazienti ricoverati in Pneumologia Riabilitativa almeno 7 anni	numero pazienti partecipanti alle sedute	presenza di almeno 10 pazienti a seduta				5%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Implementazione percorso educativo per i pazienti asmatici	riunioni periodiche con pazienti affetti da asma bronchiale	numero riunioni	almeno 4 riunioni entro il 31-12				5%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	realizzazione gruppi di automutuoaiuto per i familiari e pazienti affetti da malattia neuromuscolare	riunioni mensili coordinate da psicologa	numero riunioni	almeno 8 riunioni entro il 31-12				2,5%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Implementazione ambulatorio multidisciplinare in pazienti neuromuscolari (pneumologo, nutrizionista, psicologo, bioingegneri)	visita pneumologica, valutazione nutrizionale, colloquio psicologico con pazienti e caregiver, acquisizione optoelettronica	numero di incontri	almeno 30 pazienti entro il 31-12				2,5%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Sensibili relativi a Ldd-Cadute-Contenzione-Cateterismo vescicale	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	1 indagine nel II semestre 2018 per ciascuno degli esiti nursing sensibili					25%					Si veda relazione del Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Cartella infermieristica	Formazione sulla cartella infermieristica (modello Gordon)	Partecipazione degli operatori di area di degenza	Almeno il 40%					25%					Si veda relazione del Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																
	Area IRCCS-Capacità di attrarre risorse	presentazione al comitato di Bioetica entro settembre	sottomissione del protocollo al comitato bioetica	presentazione entro dicembre 2018				5%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Area IRCCS-Produzione Scientifica	Sottomissione di almeno due articoli su riviste con IF	Produzione IF	Almeno 50% entro 31-12-2018	2 pubblicazioni presentate nel 2018 con 6,8 Punti di IF	100%	100%	2,5%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Area IRCCS-Ricerca corrente	Presentazione progetto	Definizione GANTT triennale e Implementazione attività anno corrente	Report stato di avanzamento entro il 31/12				2,5%							obiettivo raggiunto	obiettivo non raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi			Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					25%	20%							

R2901900 - SOSD LABORATORIO ANALISI CT		Responsabile : Dr. Colciago Direttore Dipartimento: dr. Bordoni		BUDGET 2018												
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	RISORSE AGGIUNTE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei beni sanitari	Costo dei Beni sanitari /valore della Produzione	32,49%	33,62%	96,52%	100%	20%	10%							obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	1.063.520	1.044.081	98%	100%	15%								obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	Miglioramento appropriatezza diagnostica	Introduzione dosaggio quantitativo automatizzato dell'ammonio sierico su indicazione VEQ Regione Lombardia	Implementazione test	da effettuare entro 30/03/2018				5%					documentazione pervenuta in data 05/12/2018			obiettivo raggiunto
	Miglioramento appropriatezza diagnostica	Sostituzione dosaggio BNP con NT-pro-BNP	Implementazione test	da effettuare entro 30/06/2018				10%	5%				documentazione pervenuta in data 05/12/2018			obiettivo raggiunto
	Rafforzamento presenza del Laboratorio sul territorio	ottimizzazione interpretazioni a varie diagnostiche	interpretazioni ad esami di sierologia	da effettuare entro 30/10/2018				5%	5%				documentazione pervenuta in data 05/12/2018			obiettivo raggiunto
	Mantenimento qualità	Mantenimento del sistema di monitoraggio e sorveglianza delle infezioni ospedaliere attraverso INFOSP Poratle Regione Lombardia	Produzione di report trimestrali	1				5%	5%				documentazione e relativa ai primi tre trimestri pervenuta in data 05/12/2018			obiettivo raggiunto
	Miglioramento appropriatezza diagnostica	Incontro sul corretto utilizzo della Troponina I ultrasensibile nella diagnosi e follow-up dell'infarto miocardico.	organizzazione incontro	da effettuare entro 31/12/2018				5%	5%				documentazione e già in possesso del Cogest			obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Sensibili relativi a Ldd-Cadute-Contenzione-Cateterismo vescicale	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	1 indagine nel II semestre 2018 per ciascuno degli esiti nursing sensibili					50%					Si veda relazione del Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																
	AreaIRCCS-Ricerca corrente	determinazione fibrinogeno e omocisteina	continuazione arruolamento 20 pazienti	conclusione				10%					documentazione e già in possesso del Cogest			obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%							

'R2902100 - SOSD RADIOLOGIA CT	Responsabile : Dr. Genchi Direttore Dipartimento: dr. Bordini		BUDGET 2018													
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	RISORSE AGGIUNTE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Beni sanitari /valore della Produzione	0,78%	0,24%	169,50%	100%	20%	10%							obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	357.946	367.396	103%	100%	15%								obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	miglioramento dei servizi offerti	stabilizzazione attività MOC	funzionamento regolare e continuativo della diagnostica	140 esami interni/esterni entro 31.12.2018				10%								obiettivi raggiunto
	Integrazione SISS Regione Lombardia	produzione, validazione e firma digitale dei referti	numero dei referti validati e firmati digitalmente dal responsabile UOSD	98% dei referti ambulatoriali validati firmati				10%	10%							obiettivo raggiunto
	interazione con il territorio	riorganizzazione attività di servizio	consegna referti RX torace in giornata in presenza del responsabile UOSD	100% esami effett.				10%	10%							obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Sensibili relativi a Ldd-Cadute-Contenzione-Cateterismo vescicale	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	1 indagine nel II semestre 2018 per ciascuno degli esiti nursing sensibili					50%					Si veda relazione del Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																
	Area IRCCS-Ricerca corrente	valutazione ECO TSA E AORTA ADDOMINALE	CONTINUAZIONE ARRUALOMENTI SINO A 20 PAZIENTI	CHIUSURA STUDIO IL 31.12.2018				10%								obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi			Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					25%	20%							

'R2602100 - SOC RADIOLOGIA CS		Responsabile : Dr. Carlino Direttore Dipartimento: dr. Mazzei		BUDGET 2018												
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	RISORSE AGGIUNTE	VALENZA BIENNALE	NOTE	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 /valore della Produzione	5,54%	6,72%	78,77%	78,77%	10%	5%						obiettivo non raggiunto	obiettivo parzialmente raggiunto
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	1,56%	1,41%	109,45%	100%	10%	5%						Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	140.800	133.331	95%	100%	15%							Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	Miglioramento qualità' ed appropriatezza delle prestazioni	Tempestività' risposta prestazioni	Prestazioni erogate al 90% nello stesso giorno o nel giorno successivo	vedi indicatore come da relazione della DMPO				20%						E' stato effettuato il controllo da parte della Direzione medica di presidio. Obiettivo raggiunto.	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Nuovo piano di attività	Realizzazione del nuovo piano di attività tra le diverse branche sia a risorse invariate che a risorse umane incrementali	Invio documento alla Direzione Sanitaria	entro il 15 settembre				20%					documentazione inviata in data 12/09/2018	Inviata mail in data 12/09/18 al Dott.Deales con schema della possibile riorganizzazione dell'attività di Radiologia protocollata in data 31/12/18	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Sensibili relativi a Ldd-Cadute-Contenzione-Cateterismo vescicale	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	1 indagine nel II semestre 2018 per ciascuno degli esiti nursing sensibili		q2			35%					In relazione a tale obiettivo e' stato effettuato un controllo costante sulla qualità' e tempestività' dell'assistenza erogata dal personale del comparto nell'affrontare possibili situazioni di emergenza relative ad eventuali "cadute". E' stata data la piena disponibilità per un' attiva collaborazione tra il personale delle UU.OO e il personale del comparto della Radiologia, anche se non si e' verificato alcun evento traumatico.	Si Conferma valutazione espressa dal Responsabile del CdR	Obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Integrazione risorse umane tra Diagnostica per Immagini e Laboratorio di analisi	Copertura turni attraverso utilizzo integrato risorse umane.	vedi indicatore a partire da settembre 2018 come da relazione DPS					35%					E' avvenuta l'integrazione delle risorse umane tra le UU.OO e la Radiologia nel sopperire alle carenze di personale infermieristico nei casi di assenza prevista e/o improvvisa. Tale integrazione mediante l'interscambio del personale, ha sopperito alle carenze e ha permesso di ottenere la continuità' assistenziale senza determinare disservizi, consentendo pertanto il mantenimento della performance lavorativa. (vedi Allegato)	Si Conferma valutazione espressa dal Responsabile del CdR	Obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	H E A L T H A N D S C I E N C E O N A G I N G Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi INRCA Allegati alla Determina 39 del 28/01/2020															
								25%	20%							

'R2600500 - SOC GERIATRIA CS		Responsabile : Dr. Mazzei Direttore Dipartimento: dr. Mazzei		BUDGET 2018													
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	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE	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 /valore della Produzione	1,45%	1,89%	69,05%	69%	10%	5%						obiettivo non raggiunto	obiettivo parzialmente raggiunto	
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	1,73%	1,70%	101,65%	100%	10%	5%						Obiettivo Raggiunto	Obiettivo Raggiunto	
	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	2.781.517	2.364.218	85%	85%	15%							obiettivo parzialmente raggiunto	obiettivo parzialmente raggiunto	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	Mantenimento Certificazione	Azioni per raggiungere Obiettivo	Valutazione Positiva Ente Certificatore	Vedi Indicatore				10%	20%				Documentazione pervenuta in data 31/12/2018	Obiettivo Raggiunto	Obiettivo Raggiunto	Obiettivo Raggiunto	
	Miglioramento Qualità assistenza E Processo Assistenziale	Adeguamento PDTA sulle Demenze	Elaborazione PDTA entro Settembre 2018	Avvio e monitoraggio entro Ottobre 2018				10%					Documentazione pervenuta in data 31/12/2018	Obiettivo Raggiunto per quanto riguarda l'elaborazione del PDTA. Si era però richiesta la rivisitazione di tale obiettivo per quanto riguardava la sua applicazione vista la mancanza di figure professionali indispensabili.	Obiettivo Raggiunto	Obiettivo Raggiunto	
	Miglioramento qualità assistenza	Applicazione del PDTA SULLE BPCO PER RIDURRE I RICOVERI INAPPROPRIATI.	RIDUZIONE DEL NUMERO DEI DRGs riconducibili alla categoria del DRG 88	Riduzione del 20 % rispetto al 2017 del numero dei DRGs 88.				10%					Nel 2018 6 casi DRG 88 nel 2017 0	Obiettivo raggiunto; non sono presenti DRGs della cat. 88	obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile	
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Sensibili relativi a Ldd-Cadute-Contenzione-Cateterismo vescicale	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	1 indagine nel II semestre 2018 per ciascuno degli esiti nursing sensibili					25%					Obiettivo Raggiunto.Vedasi relazione/documento inviato con Prot 39259 del 31/12/18 anche al Resp.Contr.Gestione.	obiettivo raggiunto	Obiettivo Raggiunto	
	Nuovo modello organizzativo	Ridefinizione dei piani di lavoro delle UUOO di riabilitazione e Geriatria prevedendo l'aggiornamento e la revisione con l'inserimento della figura OSS	Attuazione nuovo piano di lavoro	entro il 31/12					25%					Obiettivo Raggiunto.Vedasi relazione/documento inviato con Prot 39259 del 31/12/18 anche al Resp.Contr.Gestione.	obiettivo raggiunto	Obiettivo Raggiunto	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																	
	Area IRCCS-Ricerca corrente	Partecipazione progetto ReportAge	compilazione valutazione multidimensionale	80% dei pazienti ultra 75 enni da settembre				5%						Obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto	
	Area IRCCS-Capacità di attrarre risorse	Collaborazione alle attività di ricerca clinica dell'UOSD Farmacoepidemiologia	Documentazione della partecipazione alle attività confermate dal dr. Corsonello	Vedi Indicatore				5%						Obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi																	
	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%								

H E A L T H A N D S C I E N C E O N A G I N G

R2600700 - SOSD RIABILITAZIONE INTENSIVA CS		Responsabile : Dr. Pranno Direttore Dipartimento: dr. Mazzei		BUDGET 2018													
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	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economica-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci /valore della Produzione	1,34%	1,48%	89,33%	89%	10%	5%							obiettivo parzialmente raggiunt	
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	2,61%	2,14%	118,23%	100%	10%	5%							obiettivo raggiunt	
	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	1.244.347	1.209.557	97,20%	100%	15%								obiettivo raggiunt	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	Miglioramento qualità assistenza	Elaborazione di un Piano operativo per la dimissione ospedaliera	Elaborazione del Programma entro Settembre 2018 da sottoporre alla Direzione Sanitaria	Avvio e monitoraggio da Ottobre 2018				15%					documentazi one pervenuta in data 26/09/2018	Si veda documentazion e inviata	Si conferma valutazion Responsabile del CdR	obiettivo raggiunt	
	Miglioramento qualità assistenza	Incontri con personale dell'UO su tematiche assistenziali: tecniche di movimentazione dei carichi e dei pazienti.	Svolgimento degli incontri relativi al personale del Comparto	Svolgimento degli incontri entro il 31 dicembre con partecipazione del 70 % del personale del comparto di UO				15%	20%				documentazi one pervenuta in data 27/12/2018	obiettivo raggiunto: documentazion e già inviata.	Si conferma valutazion Responsabile del CdR	obiettivo raggiunt	
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Sensibili relativi a Ldd- Cadute-Contenzione-Cateterismo vescicale	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	1 indagine nel II semestre 2018 per ciascuno degli esiti nursing sensibili					25%				Si veda relazione del Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunt		
	Nuovo modello organizzativo	Ridefinizione dei piani di lavoro delle UUOO di riabilitazione e Geriatria prevedendo l'aggiornamento e la revisione con l'inserimento della figura OSS	Attuazione nuovo piano di lavoro	entro il 31/12					25%				Si veda relazione del Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunt		
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																	
	AreaIRCCS-Capacità di attrarre risorse	Presentazione del progetto in conto capitale per finanziamento riabilitazione virtuale	presentazione progetto per consentire alla direzione di rispondere entro i termini (21 settembre 2018)	vedi indicatore				10%							Si conferma valutazione del responsabile del CdR	obiettivo raggiunt	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%								

'R2601800 - SOC ANESTESIA E TERAPIA DEL DOLORE / CENTRO RICERCA GESTIONE	Responsabile : Dr. Mazzei Direttore Dipartimento: dr. Mazzei		BUDGET 2018														
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	RISORSE AGGIUNTE	VALENZA BIENNALE	NOTE	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 /valore della Produzione	1,13%	2,10%	13,74%	0%	10%	5%						obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto	
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	1,13%	1,60%	58,43%	0%	10%	5%						obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto	
	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	398.216	200.979	50%	0%	15%							obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	mantenimento certificazione	messa in campo di tutte le attività necessarie al raggiungimento dell'obiettivo	valutazione positiva degli outcome relativi all'erogazione del servizio					20%	20%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Sensibili relativi a Ldd-Cadute-Contenzione-Cateterismo vescicale	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	1 indagine nel II semestre 2018 per ciascuno degli esiti nursing sensibili					50%					obiettivo raggiunto. Vedasi relazione inviata come UOC di Geriatria , essendo le Unità del comparto interscambiabili tra Geriatria e Terapia del dolore.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																	
	AreaIRCCS-Produzione Scientifica	produzione di articolo su aderenza alla terapia nell'anziano	sottomissione su rivista indexata	vedi indicatore				20%						Inviato , nel 2018 e accettato per la pubblicazione a luglio 2019, alla rivista European Review for Medical and Pharmacological Sciences	obiettivo raggiunto. E' stato pubblicato un articolo sulla rivista Jlanda 2018	obiettivo raggiunto	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi								25%	20%								
Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi																	

'R2601900 - SOC LABORATORIO ANALISI CS	Responsabile : Dr. Mari Direttore Dipartimento: dr. Mazzei		BUDGET 2018														
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	RISORSE AGGIUNTE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario																	
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	69%	65%	106,69%	100%	20%	10%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	345.000	367.331	100%	100%	15%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	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 clinici del POR del criterio applicato	Documento di condivisione entro il 15 Ottobre 2018 Applicazione del documento entro il 30 Ottobre 2018. Attività confermata da verbale interdivisionale del POR				10%					documentazione già in possesso del cogest	si veda documentazione inviata	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Integrazione intradipartimentale del POR	Valutazione della qualità del Laboratorio percepita attraverso la preparazione ed invio di un questionario alle varie U.O. del POR	Valutazione complessiva ottenuta	Valutazione superiore a 7/10 su scheda predisposta dal laboratorio. Predisposizione ed invio scheda ai reparti entro il 15/11/2018. Raccolta schede entro il 30/11/2018. Elaborazione del dato dal Centro Statistica del POR di Ancona				10%					documentazione già in possesso del cogest	si veda documentazione inviata	obiettivo raggiunto	obiettivo sospeso	
	Qualità del servizio	Ottimizzazione tempi di risposta verso i reparti	Refertazione entro 120 minuti, dalla ricezione del campione in laboratorio, dei seguenti esami: Emocromi, elettroliti, creatina, PT, Troponina.	Applicazione del protocollo, predisposto entro 30 Settembre 2018, attività confermata da dichiarazione del Direttore di dipartimento				10%	10%				documentazione già in possesso del cogest	si veda documentazione inviata	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Sensibili relativi a Ldd, Cadute-Contenzione- Cateterismo vescicale	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	1 indagine nel II semestre 2018 per ciascuno degli esiti nursing sensibili					25%					Si veda relazione del Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Integrazione risorse umane tra Diagnostica per immagini e Laboratorio di analisi	Copertura turni attraverso utilizzo integrato risorse umane.	vedi indicatore a partire da settembre 2018 come da relazione DPS					25%					Si veda relazione del Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																	
	ArealIRCCS-Capacità di attrarre risorse	Gestione progetto	Gestione prelievi per i progetti di ricerca a cui partecipa il presidio	gestione del 100%				10%	10%				documentazione già in possesso del cogest			obiettivo raggiunto	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi																	
	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%								

R2602500 - SOSD LABORATORIO FARMACOEPIDEMOLOGIA GERIATRICA CS		BUDGET 2018														
Responsabile : Dr. Corsonello Direttore Dipartimento: dr. Mazzei																
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	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
<i>Economico-finanziario</i>																
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>																
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>																
	Produzione scientifica	Incontri con UUOO cliniche e di ricerca	incremento del numero di richieste "ticketing biostat" per pubblicazioni scientifiche	Almeno 25 richieste				5%					documentazione e pervenuta in data 28/12/2018	obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata	Si Conferma valutazione del Resp CdR	obiettivo raggiunto
	Produzione scientifica	Pubblicazioni su riviste con IF	Punteggio IF	50	79,8	160%	100%	10%						obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata	Si Conferma valutazione del Resp CdR	obiettivo raggiunto
	Piano di Sviluppo e razionalizzazione di Cosenza	Partecipazione al gruppo di lavoro per il piano di Sviluppo e razionalizzazione di Cosenza	Invio documento entro la scadenza definita dalla Regione Calabria	vedi indicatore				10%					documentazione e pervenuta in data 28/12/2018	obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata	Si Conferma valutazione del Resp CdR	obiettivo raggiunto
	Ricerca a Progetto	Gestione progetti in corso (SCOPE-CKD-3D)	Numero follow-up eseguiti	Esecuzione di tutti i follow-up nei tempi previsti Supporto alla componente tecnico scientifica				10%					documentazione e pervenuta in data 28/12/2018	obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata	Si Conferma valutazione del Resp CdR	obiettivo raggiunto
	ArealRCCS-Capacità di attrarre risorse	Partecipazione a bandi di ricerca a progetto	Presentazione di progetti in qualità di centro coordinatore e/o centro partecipante	Almeno 1 entro il 2018				10%					documentazione e pervenuta in data 28/12/2018	obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata	Si Conferma valutazione del Resp CdR	obiettivo raggiunto
	ArealRCCS-Ricerca corrente	Presentazione progetto	Definizione GANTT triennale e Implementazione attività anno corrente	report sullo stato dell'arte con validazione della direzione scientifica				10%					documentazione e pervenuta in data 28/12/2018	obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata	Si Conferma valutazione del Resp CdR	obiettivo raggiunto
	ArealRCCS-Ricerca corrente	Responsabilità di linea di ricerca	Attività come richieste da Ministero	Rendicontazione tramite workflow entro le scadenze stabilite dal Ministero della Salute				10%					documentazione e pervenuta in data 28/12/2018	obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata	Si Conferma valutazione del Resp CdR	obiettivo raggiunto
	ArealRCCS-Capacità di operare in rete	Rete IRCCS Invecchiamento	Partecipazione alle attività della rete	Relazione positiva da parte della Direzione Scientifica				10%					documentazione e pervenuta in data 28/12/2018	obiettivo raggiunto. Si veda relazione allegata	Si Conferma valutazione del Resp CdR	obiettivo raggiunto
<i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i>		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%								

R3620100 - SOSO CARDIOLOGIA RIABILITATIVA FM		Responsabile : Dr. Marini Direttore Dipartimento: dr. Postacchini		BUDGET 2018													
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	RISORSE AGGIUNTE	VALENZA BIENNALE	NOTE	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 /valore della Produzione A LIVELLO DIPARTIMENTALE	3,10%	3,27%	94,32%	94,32%	10%	5%						Risultato obiettivo legato all'aumento della complessità , instabilità e riacutizzazione dei pazienti specialmente nel reparto postacuzie (pazienti dimessi dai reparti per acuti dell'OC di Fermo che soffre di carenza cronica di PI per acuti. Pertanto si ritiene l'obiettivo pienamente raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione A LIVELLO DIPARTIMENTALE	2,63%	2,45%	107,03%	100,00%	10%	5%						obiettivo pienamente raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	427.519	309.493	72,39%	72,39%	15%					Considerando la effettiva disponibilità dei posti letto, che è stata nel corso del 2018 pari a 2,88 anziché i 5 previsti a budget, l'obiettivo risulterebbe raggiunto al 126%. Tale minore disponibilità è stata causata dall'assenza di personale medico all'interno dell'UO.		Si prende atto delle note del controllo di gestione relativamente alla minore disponibilità di Posti letto nel corso del 2018 e si ritiene l'obiettivo pienamente raggiunto	obiettivo raggiunto	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	Integrazione Inrca Asur Av 4	Sviluppo di un confronto con cardiologia AV 4 e l'Asur per una rivisitazione del processo di integrazione dell'attività cardiologica riabilitativa	Bozza di documento da sottoporre alla Direzione Generale e Sanitaria	entro 31/12/2018				5%					documentazione pervenuta in data 20/12		obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto	
	Governo dei tempi di attesa	Pianificazione del pacchetto Ambulatoriale "DAY SERVICE"	Attivazione del pacchetto Ambulatoriale "DAY SERVICE"	entro 31/12/2018				10%	10%				documentazione pervenuta in data 20/12		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	pianificazione corso teo-prat. sull'esame cardiopolmonare con ECM	attivazione corso teorico-pratico sull'esame cardiopolmonare con ECM	entro 31/12/2018				5%	10%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Obiettivi regionali ex DGRM 471/2018	Realizzazioni attività per rispetto target regionali su obiettivi specificatamente attribuiti	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	3,89%	78%	77,78%	5%							obiettivo parzialmente raggiunto all'87%	obiettivo parzialmente raggiunto	
	Obiettivi regionali ex DGRM 640/2018	Realizzazioni attività per rispetto PRGLA	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	5%	100%	100,00%	5%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Sensibili relativi a Ldd-Cadute-Contenzione-Cateterismo vescicale	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	1 indagine nel II semestre 2018 per ciascuno degli esiti nursing sensibili					25%					Si veda relazioni del Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Cartella infermieristica	Formazione sulla cartella infermieristica (modello Gordon)	Partecipazione degli operatori di area di degenza	Almeno il 40%					25%					Si veda relazioni del Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																	
	Area IRCCS-Produzione Scientifica	Pubblicazioni su riviste con IF	IFM	Presentazione di un articolo su rivista con IF	1 articolo scientifico presentato a rivista impattata per un totale di 1 punto di IF			5%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Area IRCCS-Ricerca corrente	Presentazione progetto	Definizione GANTT triennale e Implementazione attività anno corrente	Report stato di avanzamento entro il 31/12				5%					documentazione pervenuta in data 20/12		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
H E A L T H A N D S C I E N C E O N A G I N G																	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						INRCA Allegati alla Determina 39 del 28/01/2020		25%	20%						

*R3620500 - SOC GERIATRIA FM		Responsabile : Dr. Postacchini Direttore Dipartimento: dr. Postacchini		BUDGET 2018													
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREBIAENTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RSORSE AGGIUNTE	VALENZA BIENNALE	NOTE	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 /valore della Produzione A LIVELLO DIPARTIMENTALE	3,10%	3,27%	94,32%	94,32%	10%	5%					Risultato obiettivo legato all'aumento della complessità, instabilità e riaccutizzazione dei pazienti specialmente nel reparto postacuti e pazienti dimessi dai reparti per acuti dell'OC di Fermo che soffre di carenza cronica di PI per acuti. Pertanto si ritiene l'obiettivo pienamente raggiunto	obiettivo parzialmente raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione A LIVELLO DIPARTIMENTALE	2,63%	2,45%	107,03%	100%	10%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	2.815.458	2.443.302	100%	100%	15%				Considerando la effettiva disponibilità dei posti letto, che è stata nel corso del 2018 pari a 33,35 anziché i 39,75 previsti a budget, l'obiettivo risulterebbe raggiunto al 103%. Tale minore disponibilità è stata causata dall'assenza di personale medico all'interno dell'UO.		Si conferma quanto indicato dall'UO Geriatria con nota protocollo 13110 del 15/04/2019 e cioè che la stessa ha "sofferito" nel 2018 la riduzione, rispetto a quanto preventivato in budget, dei posti letto per mancanza di personale infermieristico. Nello specifico rispetto alla previsione di 22 pi per la Geriatria a consuntivo c'è stato un utilizzo medio effettivo di 20 pi e rispetto alla previsione di 17,75 pi per la DPA c'è stato un utilizzo medio effettivo di 13,35 pi. Riproponendo l'attività effettivamente erogata per i posti letto negoziati a budget il valore della produzione sarebbe stato pari a 2.844.314,42 con un grado di raggiungimento pari al 101%. Pertanto si ritiene obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	Integrazione INRCA-ASUR	Integrazione attività con Area Vasta 4	attività al CDCD integrato di Montegranaro	report delle attività CDCD di Montegranaro entro il 31/12				2,5%					Documentazione pervenuta in data 20/12/2018	La documentazione relativa all'attività effettuata presso il CDCD di Montegranaro è stata inviata in data 20/12/2018	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Piano Nazionale e regionale demenze	Attività di implementazione del piano nazionale e regionale demenze secondo i criteri indicati in ambito di Conferenza Stato Regioni (30/10/2014)	Corso di formazione su attività psicosociali	Attivazione corso integrato con Area Vasta 4 entro il mese di novembre				2,5%	10%				Documentazione pervenuta in data 20/12/2018	Si allega il progetto formativo e il foglio firme.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Piano Nazionale e regionale demenze	Attività di implementazione del piano nazionale e regionale demenze secondo i criteri indicati in ambito di Conferenza Stato Regioni (30/10/2014)	Attivazione di un gruppo di auto mutuo aiuto per i caregiver degli anziani fragili e dementi (innovativo per il CDCD integrato)	vedi indicatore				5%					Documentazione pervenuta in data 20/12/2018	si veda documentazione inviata in data 20/12/2018.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Integrazione INRCA-ASUR	Integrazione attività con AV 4	trasferimento UOC geriatria all'Ospedale Civile di Fermo	Report su inizio delle Attività Presso l'OC Fermo Entro il 31/12				5%					Documentazione pervenuta in data 20/12/2018	Le attività preliminari necessarie al trasferimento sono state effettuate dalla Direzione Generale, direzione sanitaria, DMPD Cogest, DAPD e Direzione Amministrativa d'Istituto. Al 01/01/2019 non si è verificato il trasferimento dell'UOC.	obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile	
	Miglioramento Continuità assistenziale (innovazione nelle procedure assistenziali e per l'appropriatezza diagnostica terapeutica)	Identificazione pazienti end stage con indicazione nella lettera di dimissione delle cure palliative laddove necessario	Lettera di dimissione da presentare al MMG con specifica indicazione delle cure palliative	A partire da settembre 2018 con controllo a campione su 20 lettere di dimissione				5%					documentazione già in possesso del Cogest	Le 20 cartelle cliniche prese a campione risultano contenere le lettere di dimissione con indicazione ai MMG delle cure palliative.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Obiettivi regionali ex DGRM 471/2018	Realizzazioni attività per rispetto target regionali su obiettivi specificatamente attribuiti	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	4,17%	83%	83%	5%	5%						obiettivo parzialmente raggiunto	obiettivo parzialmente raggiunto	
	Obiettivi regionali ex DGRM 640/2018	Realizzazioni attività per rispetto PRGLA	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	5%	100%	100%	5%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Sensibili relativi a Utd-Cadute-Contenzione-Cateterismo vescicale	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	1 indagine nel II semestre 2018 per ciascuno degli esiti nursing sensibili					15%					Si veda relazione del Dot. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Cartella infermieristica	Formazione sulla cartella infermieristica (modello Gordon)	Partecipazione degli operatori di area di degenza	Almeno il 40%					15%					Si veda relazione del Dot. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Nuovo modello organizzativo	Revisione e aggiornamento del piano di lavoro con il nuovo modello organizzativo da realizzare in seguito al trasferimento c/o H AV4	Attuazione nuovo piano di lavoro	a partire dalla realizzazione del trasferimento					20%					Si veda relazione del Dot. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																	
	AreaIRCCS-Capacità di attrarre risorse	Gestione progetto	avvio del progetto finalizzato ministeriale STRENGTH	report di avvio				2,5%					Documentazione pervenuta in data 20/12/2018	Sono state effettuate le attività propedeutiche all'attivazione del progetto e al convenzionamento dello stesso. Ad oggi il progetto non ha avuto ancora inizio in quanto si attende l'autorizzazione di avvio delle attività da parte del Ministero della Salute.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	AreaIRCCS-Produzione Scientifica	Pubblicazioni su riviste con IF	IFM		10,00	10,00	100%	100%	2,5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	AreaIRCCS-Capacità di attrarre risorse	Gestione progetto	proseguimento nello studio SCOPE svolgimento del progetto in termini di valutazione nelle fasi di follow-up	report attività scope				2,5%					Documentazione pervenuta in data 20/12/2018	si veda documentazione inviata in data 20/12/2018.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	AreaIRCCS-Ricerca corrente	Presentazione progetto	Definizione GANTT triennale e Implementazione attività anno corrente	Report stato di avanzamento entro il 31/12				2,5%					Documentazione pervenuta in data 20/12/2018	si veda documentazione inviata in data 20/12/2018.	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi																	
	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%								

'R3620700 - SOC RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE FM			Responsabile : Dr. Scandoni Direttore Dipartimento: dr. Postacchini			BUDGET 2018											
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	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE	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 /valore della Produzione A LIVELLO DIPARTIMENTALE	3,10%	3,27%	94,32%	94,32%	5%	5%						Risultato obiettivo legato all'aumento della complessità , instabilità e riacutizzazione dei pazienti specialmente nel reparto postacuzie (pazienti dimessi dai reparti per acuti dell'OC di Fermo che soffre di carenza cronica di PI per acuti. Pertanto si ritiene l'obiettivo pienamente raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci Biologici	270.000,00	216.097,51	120%	100%	10%							obiettivo pienamente raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione A LIVELLO DIPARTIMENTALE	2,63%	2,45%	107,03%	100%	5%	5%						obiettivo pienamente raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	1.611.322	1.416.861	87,93%	87,93%	15%					Considerando la effettiva disponibilità dei posti letto, che è stata nel corso del 2018 pari a 14,96 anziché i 17 previsti a budget, l'obiettivo risulterebbe raggiunto al 100%. Tale minore disponibilità è stata causata dall'assenza di personale medico all'interno dell'UO.		Si prende atto delle note del controllo di gestione relativamente alla minore disponibilità di Posti letto nel corso del 2018 e si ritiene l'obiettivo pienamente raggiunto	obiettivo raggiunto	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	Miglioramento delle qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	attivazione dell'ambulatorio "prevenzione delle cadute" presso il laboratorio di ricerca osteoporosi	Interventi multidisciplinari del laboratorio prevenzione cadute delle Medicina riabilitativa del POR	30 interventi documentati al 31/12				5%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Attivazione riabilitazione virtuale	attivazione ambulatorio dedicato	apertura ambulatorio 2gg a settimana	dal 01/07/2018				10%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Obiettivi regionali ex DGRM 471/2018	Realizzazioni attività per rispetto target regionali su obiettivi specificatamente attribuiti	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	3,33%	67%	66,7%	5%	5%						obiettivo non raggiunto	obiettivo parzialmente raggiunto	
	Obiettivi regionali ex DGRM 640/2018	Realizzazioni attività per rispetto PRGLA	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	5%	100%	100%	5%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Sensibili relativi a Ldd-Cadute-Contenzione-Cateterismo vescicale	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	1 indagine nel II semestre 2018 per ciascuno degli esiti nursing sensibili					25%					Si veda Relazione del Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Cartella infermieristica	Formazione sulla cartella infermieristica (modello Gordon)	Partecipazione degli operatori di area di degenza	Almeno il 40%					25%					Si veda Relazione del Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																	
	Area IRCCS - Assistenza	% ricoveri fuori regione	aumento della percentuale dei ricoveri fuori regione	>1% rispetto al 2017	5 ricoveri nel 2017 vs 8 nel 2018	100%	100%	5%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Area IRCCS-Capacità di attrarre risorse	Presentazione proposta di studio clinico	Presentazione proposta	entro 31/12				5%					Documentazione pervenuta in data 07/12/2018	Presentazione di una proposta di studio clinico su un PDTA del Parkinson. Documentazione inviata in data 07/12/18	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Area IRCCS-Capacità di attrarre risorse	Sviluppo progetto ricerca corrente sulla riabilitazione virtuale congiuntamente con la riabilitazione ancona	partecipazione al gruppo di lavoro presentazione progetto	presentazione progetto entro 31/12				5%					Documentazione pervenuta in data 07/12/2018	Presentazione di un progetto di ricerca corrente sulla riabilitazione robotica congiuntamente con Ancona. Documentazione inviata in data 07/12/18	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi																	
	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%								

*R3620800 - SOSD PERCORSI CLINICI INTEGR DERMATOLOG CON AV E TERRIT. FM	Responsabile : Dr. Morresi Direttore Dipartimento: dr. Postacchini		BUDGET 2018													
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 COMPART O	RISORSE AGGIUNTI VE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° Istanza
Economico-finanziario																
	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	46.582	43.115	92,56%	92,56%	35%							Obiettivo parzialmente raggiunto al 92,56%	obiettivo parzialmente raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	Integrazione con il Territorio Evento: "Approccio Integrato Multidisciplinare nella psoriasi	eventi formativi ed informativi con i Farmacisti dell'AV5 ascolti e san benedetto	realizzazione evento formativo con accreditamento ECM	realizzazione incontro coi farmacisti				5%						L'incontro con i farmacisti si è tenuto in data 8/11/2018 con un evento accreditato ECM. Si veda documentazione allegata	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Integrazione con il Territorio Evento: "Approccio Integrato Multidisciplinare nella psoriasi	Educazione Sanitaria Diffusione del Servizio, Diffusione Brand INRCA nella scuola primaria dell'AV5	40000 opuscoli distribuiti in tutte le farmacie	realizzazione incontro coi farmacisti				5%						L'incontro con i farmacisti si è tenuto in data 8/11/2018. Non si sono realizzati gli opuscoli per cause non imputabili al Responsabile di UO	obiettivo non valutabile per cause non imputabili al Responsabile di UO	obiettivo non valutabile
	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 sovranumerari e "prenotazione agevolata" per pazienti affetti da malattie infiammatorie croniche intestinali inviati da UOC Gastroenterologia AV4 (costituendo centro riferimento regionale)	erogazione di almeno 70 visite specialistiche entro il 31/12/2018				5%						Il giovedì di ogni settimana è provveduto ad effettuare visite specialistiche per pazienti indirizzati da medici di base e farmacisti presso codesta UO. Tali appuntamenti sono stati concordati con il personale amministrativo presente presso le casse del POR di Fermo, con modalità di accesso diretto	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Miglioramento Clinico-Assistenziale Progetto Psoriasi	ambulatorio della Psoriasi con aumento degli slot a disposizione per le prime visite dermatologiche per il CUP Regione Marche	apertura slot assistenziali sovranumerari e "prenotazione agevolata" per pazienti indirizzati da medici di base e farmacisti entro il 31/12/2018	erogazione di almeno 70 visite specialistiche entro il 31/12/2018				5%						Il giovedì di ogni settimana è provveduto ad effettuare visite specialistiche per pazienti indirizzati da medici di base e farmacisti presso codesta UO. Tali appuntamenti sono stati concordati con il personale amministrativo presente presso le casse del POR di Fermo, con modalità di accesso diretto	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Integrazione con Presidio di Osimo	Incremento attività a Osimo da 2 h a 4 h settimanali	vedi azione	a partire da settembre 2018				5%						Per mancata autorizzazione formale da parte della Direzione Medica e Sanitaria d'istituto, si è stati impossibilitati a recarsi presso l'Ospedale di Osimo per motivi medico-legali	obiettivo non valutabile per cause non imputabili al Responsabile di UO	obiettivo non raggiunto
	Obiettivi regionali ex DGRM 471/2018	Realizzazioni attività per rispetto target regionali su obiettivi specificatamente attribuiti	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	3,71%	74%	74%	5%							Obiettivo non raggiunto	obiettivo parzialmente raggiunto
	Obiettivi regionali ex DGRM 640/2018	Realizzazioni attività per rispetto PRGLA	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	5%	100%	100%	5%							obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	Miglioramento Qualità dell'assistenza	Monitoraggio della qualità dell'assistenza riferita ad esiti Nursing Sensibili relativi a Ldd-Cadute- Contenzione-Cateterismo vescicale	Indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	1 indagine nel II semestre 2018 per ciascuno degli esiti nursing sensibili					80%					Si veda relazione del Dott. Marinelli	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																
	AreaIRCCS-Capacità di attrarre risorse	Progetto DERMARCHE con Università Politecnica delle Marche	presentazione progetto	entro 31/12/2018				2,5%						Obiettivo non raggiunto	Obiettivo non raggiunto	Obiettivo non raggiunto
	AreaIRCCS-Capacità di attrarre risorse	Sviluppo progetto ricerca congiunto con i colleghi di Ancona su microscopio Confocale	presentazione progetto	entro 31/12/2018				2,5%						Obiettivo non raggiunto	Obiettivo non raggiunto	Obiettivo non raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi																
	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%							

H E A L T H A N D S C I E N C E O N A G I N G

R0101001 - SEGRETERIA DELLA DIREZIONE															
BUDGET 2018															
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	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)															
	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'OVV	Aggiornamento e pubblicazione di tutte le informazioni richieste nel rispetto delle scadenze definite	pubblicazione					20%			L'aggiornamento e la pubblicazione degli adempimenti richiesti con atto n. 12/DGEN del 31/01/2018 è avvenuto nel rispetto delle scadenze definite (Allegato n. 1) Vista la documentazione ricevuta, si ritiene l'obiettivo raggiunto	Si conferma la valutazione de CdR		obiettivo raggiunto
	Rapporti tra Collegio Sindacale e UUOO	Invio verbali collegio ed eventuali osservazione alle UUOO	Predisposizione note di trasmissione verbali	Trasmissione note alle UUOO					20%			Le note di trasmissione delle osservazioni del Collegio Sindacale alle UUOO sono state predisposte non appena ricevuti il relativo verbale a seguito della probocollazione (Allegato n. 2) Vista la documentazione ricevuta, si ritiene l'obiettivo raggiunto	Si conferma la valutazione de CdR		obiettivo raggiunto
	Rapporti interni tra la Direzione e il Collegio di Direzione	Gestione della procedura per le convocazioni ed adempimenti successivi del Collegio di Direzione	Predisposizione convocazione e verbali del Collegio di Direzione	Trasmissione della convocazione, invio del verbale debitamente sottoscritto					20%			Le convocazioni sono state predisposte non appena avuta notizia dalla Direzione in merito all'oggetto e data dell'indizione. I verbali sono stati predisposti in tempi congrui e trasmessi, previa debita sottoscrizione, in modo tempestivo (Allegato n. 3) Vista la documentazione ricevuta, si ritiene l'obiettivo raggiunto	Si conferma la valutazione de CdR		obiettivo raggiunto
Processi esterni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Aggiornamento normativo	Invio informative riguardanti le novità legislative e le principali prassi e convocazione di aggiornamento ai dirigenti PTA sulle principali leggi	invio mail e convocazioni aggiornamenti normativi	invio n. 5 mail informative e n. 2 incontri di aggiornamento nell'anno					20%			Allegato n.4 Vista la documentazione ricevuta, si ritiene l'obiettivo raggiunto	Si conferma la valutazione de CdR		obiettivo raggiunto
	VULNERABILITA, SISMICA SU TUTTI GLI EDIFICI STRATEGICI (MONTAGNOLA COSENZA FERMO OSIMO CASATENOVIO)	analisi della vulnerabilità sismica	Definizione progetto per preventiva approvazione alla Regione Marche e al Ministero della Salute	Progetto contenente anche l'analisi della vulnerabilità sismica di Osimo				25%				Allegato n. 5 Obiettivo non raggiungibile in quanto la mancata ricompressione tra le sedi da sottoporre a verifica e dunque nell'oggetto del servizio da affidare all'esterno in forza della Dietr. 74 DGEN del 29/03/18 nonostante la richiesta in tal senso effettuata in data 17/10/18 al RUP. Nella documentazione non sono state rinvenute risposte alla citata mail.	Si conferma la valutazione de CdR		obiettivo non valutabile
	VULNERABILITA, SISMICA SU TUTTI GLI EDIFICI STRATEGICI (MONTAGNOLA COSENZA FERMO OSIMO CASATENOVIO)	analisi della vulnerabilità sismica	Presentazione progetto per preventiva approvazione alla Regione Marche e al Ministero della Salute	Presentazione progetto alla Regione Marche entro il 31/12/2018 e al MEF entro 30 gg dall'approvazione regionale.				25%				Allegato n. 5 le ragioni di cui al punto precedente rendono irraggiungibile anche questo obiettivo	Si conferma la valutazione de CdR		obiettivo non valutabile
	VULNERABILITA, SISMICA SU TUTTI GLI EDIFICI STRATEGICI (MONTAGNOLA COSENZA FERMO OSIMO CASATENOVIO)	analisi della vulnerabilità sismica	Presentazione cronoprogramma lavori, presidio per presidio, da realizzarsi entro 6 mesi dall'approvazione ministeriale	vedi indicatore				25%				Allegato n. 5 le ragioni di cui al punto precedente rendono irraggiungibile anche questo obiettivo	Si conferma la valutazione de CdR		obiettivo non valutabile
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%						

*R0102700 - SEGRETERIA DIREZIONE SCIENTIFICA		Responsabile : Avv. Leonelli		BUDGET 2018												
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	RISORSE AGGIUNTE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 4° ISTANZA
Economico-finanziario																
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	Segreteria all'Organo Istituzionale Consiglio di Indirizzo e Verifica	Stesura e gestione dei verbali	n. verbali approvati	vedi indicatori					30%				documentazione e già pervenuta al Cogest		Vista la documentazione presentata, si ritiene l'obiettivo raggiunto	Vista la documentazione presentata, si ritiene l'obiettivo raggiunto
	Condivisione aggiornamento attività Direzione Scientifica	Partecipazione Riunioni UOSD RITT per il supporto all'attività di ricerca	Partecipazione alle riunioni di Staff UOSD RITT	Presenza riunioni (80%) attestate dal Responsabile UOSD RITT					30%				documentazione e già pervenuta al Cogest		Vista la documentazione presentata, si ritiene l'obiettivo raggiunto	Vista la documentazione presentata, si ritiene l'obiettivo raggiunto
	Gestione rapporti Ministero della salute - Workflow della Ricerca	Caricamento flusso informativo richiesto	Rispetto delle scadenze	vedi indicatori					20%				documentazione e già pervenuta al Cogest		Vista la documentazione presentata, si ritiene l'obiettivo raggiunto	Vista la documentazione presentata, si ritiene l'obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi																
	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%							

R0101500 - SOC CONTROLLO DI GESTIONE, PROGRAMMAZIONE, FLUSSI INFORMATIVI		Responsabile : Dott. Di Ruscio Direttore Dipartimento: Avv. Leonelli		BUDGET 2018												
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	RISORSE AGGIUNTE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario																
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	Applicazione nuovi modelli ministeriali CE_SP	Aggiornamento piano conti aziendale per renderlo idoneo ad alimentare i nuovi modelli ministeriali	Apertura e/o integrazione dei conti del piano dei conti in uso	Entro chiusura di Bilancio 2018				10%	25%			Obiettivo in condivisione con UO AF		Anche se il valore obiettivo prevedeva l'apertura dei nuovi conti entro la chiusura del bilancio 2018 non ancora realizzata sin da ora si rappresenta che l'obiettivo citato è da considerarsi NON VALUTABILE perché contrariamente a quanto ipotizzato sulla scorta delle diverse convocazioni regionali ad oggi l'applicazione dei nuovi modelli CE ed SP è stata posticipata all'anno 2019, precisamente con l'adozione del BPE 2019 la cui scadenza è stata posticipata dal 15/02/2019 al 30/04/2019. Si allegano le mail delle diverse convocazioni regionali che facevano ritenere imminente l'adozione del nuovo piano dei conti ministeriali (allegato 1, 2 e 3) e la mail del 15/02/2019 (allegato 4) che ha definitivamente rimandato la definizione al 2019	Vista la relazione presentata dal Responsabile CDR si ritiene l'obiettivo non valutabile	Obiettivo non valutabile
	Verifica budget e attestazione regolarità contabile della spesa in c_capitale	Definizione procedura dell'iter gestionale e amministrativo contabile per la gestione dell'obiettivo all'interno del sistema informativo Navision	Realizzazione procedura e diffusione della stessa vs tutti i soggetti coinvolti (UO UT, UO ABSL, DAPO)	Entro il 31/10/2018				10%	35%			Obiettivo in condivisione con UO AF	Documentazione inviata Dall'UO AF in data 31/10/2018	OBIETTIVO RAGGIUNTO come da Allegato 5	Vista la documentazione presentata si ritiene l'obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Rafforzamento della cultura aziendale di programmazione e controllo	Realizzazione di incontri formativi in condivisione con Direzione Sanitaria e destinati al management interno aziendale	almeno 3 incontri formativi (ecm) nel 2018 sul corso di formazione organizzato dall'Uo Formazione	vedi indicatore				10%	10%					Gli incontri formativi non si sono realizzati in quanto il corso non è stato organizzato. Ciò dovuto al fatto che nel corso dell'esercizio con la Direzione Sanitaria che potrà confermare sono stati modificati i parametri di riferimento del medesimo nonché l'impostazione da dare allo stesso. Pertanto l'obiettivo è da considerarsi NON VALUTABILE	Vista la relazione presentata dal Responsabile CDR e l'attestazione del Direttore Sanitario, si ritiene l'obiettivo non raggiungibile e quindi non valutabile	Obiettivo non valutabile
	Grant Office ministeriale	Partecipazione agli incontri del gruppo Grant Office ministeriale	almeno 2 incontri nel 2018	vedi indicatore				10%	10%					OBIETTIVO RAGGIUNTO per partecipazioni a due incontri presso il Ministero della Salute come da verbali (Allegati 6A e 6B)	Vista la documentazione presentata si ritiene l'obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Nuovi sviluppi del controllo di gestione	Presentazione di un progetto di modello controllo di gestione nuovo, comprensivo dei sistemi informativi	Presentazione proposta alla Direzione	entro il 31/12/2018				20%					Documentazione inviata in data 03/01/2019	OBIETTIVO RAGGIUNTO come da nota 222/2019 (Allegato 7)	Vista la documentazione presentata si ritiene l'obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Piano Strategico	Realizzazione attività di supporto alla Direzione per la realizzazione del Piano strategico aziendale da realizzarsi entro il 31/12	Bozza di determina approvata dalla Direzione Amministrativa	entro il 31/12/2018				10%						Relativamente a questo obiettivo l'attività non è stata avviata in quanto la Direzione con nota prot. 17567 del 26.06.2017 ha chiesto all'UOABSL di procedere con affidamento diretto ex art 36 del Digs 50/2016 all'Università Politecnica delle Marche. L'UOABSL si è attivata per l'affidamento ma non è stato possibile procedere in quanto l'Università non è risultata iscritta al MEPA. Di ciò è stato dato riscontro alla Direzione aziendale con la nota prot. 28641 del 2018 che si allega (allegato 8). Pertanto l'obiettivo è da considerarsi NON VALUTABILE	Vista la relazione presentata dal Responsabile CDR si ritiene l'obiettivo non valutabile	Obiettivo non valutabile
	Obiettivi regionali ex DGRM 471/2018	Realizzazioni attività per rispetto target regionali su obiettivi specificatamente attribuiti	vedi scheda allegata con gli obiettivi specifici	vedi indicatore	5%	100%	100%	5%							obiettivo 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														

R0101700 - SOSP FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE		Responsabile : Dott.ssa Fioravanti Direttore Dipartimento: Avv. Leonelli	BUDGET 2018										
	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Settore Economico-finanziario													
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)													
	Integrazione attività conseguenti l'acquisizione del ramo di azienda relativo al presidio di Osimo	acquisizione dati relativi al fabbisogno formativo degli operatori di Osimo e definizione dei relativi fondi	presentazione proposta di integrazione al PFA 2018 approvato con determina n.437/DGEN/2017	entro 31/07/2018	15%	10%					determina n.277/DGEN/2018	Vista la documentazione presentata da Responsabile Cdr si ritiene l'obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	diffusione della cultura della trasparenza	promozione di attività formativa specifica	realizzazione di n. 2 corsi sulle tematiche della trasparenza e della prevenzione della corruzione	entro 31/12/2018	15%	20%					sono state realizzate le seguenti iniziative: 1 - un corso di formazione aziendale il 26/11/2018 2 - un incontro formativo-informativo con i rappresentanti delle associazioni afferenti al Comitato di Partecipazione dell'INRCA effettuato il 6 dicembre 2018 - si veda mail della segreteria del Comitato con allegato verbale	Vista la giustificazione di cui alla mail presentata dal Responsabile Cdr, si ritiene l'obiettivo non valutabile	Obiettivo parzialmente raggiunto al 50% per la dirigenza e non valutabile per il comparto
	Sistema Qualità - supporto dell'U.O. Formazione al processo di migrazione dalla certificazione ISO 9001:2008 a ISO 9001:2015	accreditamento ECM e realizzazione del progetto formativo sul campo finalizzato alla revisione del Sistema di Gestione della Qualità (SQM)	vedi azione	assegnazione dei crediti ECM entro il 30/09/2018	15%	20%					dato riscontro alla Direzione e al CoGest con nota prot.n.33853 del 15/11/2018	Vista la documentazione presentata da Responsabile Cdr si ritiene l'obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Revisione segnaletica e cartellonistica informativa del presidio di Osimo	analisi e definizione del progetto da sottoporre all'approvazione della Direzione	vedi azione	progetto entro il 31/12/2018	15%	20%					dato riscontro alla Direzione e al CoGest con nota prot.n.39106 del 28/12/2018	Vista la documentazione presentata da Responsabile Cdr si ritiene l'obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Piano formazione 2019	Presentazione proposta alla Direzione Generale	vedi azione	entro 31/10/2018	15%	10%					proposta inviata Alla Direzione e pc al CoGest con nota prot.n.32194 del 31/10/2018	Vista la documentazione presentata da Responsabile Cdr si ritiene l'obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				25%	20%							

*R0101800 - SOSD SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE E MEDICO COMPETENT		Responsabile : Dott. Marra Direttore Dipartimento: Avv. Leonelli		BUDGET 2018													
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	RISORSE AGGIUNTI VE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario																	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	1. Miglioramento della reattività e della sicurezza in caso di eventi calamitosi	Specifica formazione e informazione dei lavoratori, oltre a quanto previsto dalla normativa vigente, che tiene conto degli scenari incidentali che potrebbero realizzarsi nell'ambiente di lavoro a seguito di evento sismico o altri eventi calamitosi. Implementazione Piano di emergenza dell'azienda con scenari di emergenza riguardanti eventi sismici e altre calamità naturali notevoli.	Almeno due sessioni formative, diffusione dei contenuti supplementari del PEE. Verbal delle prove di emergenza.	Esercitazioni per tutti gli scenari incidentali identificati nel piano di emergenza (almeno due)				25%	25%				documentazione e già pervenuta al Cogest	Effettuata il 22 Ottobre (verbale prot. n. 39101 del 28/12/2018) e 11 Dicembre (verbale prot. n. 39102 del 28/12/2018) le due sessioni previste. Durante i corsi è stato illustrato il PEE implementato con scenari di emergenza riguardanti eventi sismici e altre calamità naturali notevoli. In ogni sessione è stata effettuata come esercitazione una simulazione di emergenza alla quale hanno preso parte tutti i partecipanti al corso. Si allegano i protocolli dei verbali delle esercitazioni.	Vista la documentazione presentata dal Responsabile CDR si ritiene l'obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	5. Integrazione Inrca/Osimo	Integrazione del Presidio di Osimo nell'ambito delle attività del Servizio con individuazione delle prescrizioni per Osimo	Vedi azione	entro 31/10/2018				20%	30%				documentazione e già pervenuta al Cogest	Inviata con mail il 06/02/2018 al Dott. Di Rusdo, Resp. Controllo di Gestione e alla Dott.ssa Nardi, Resp. UO BESE, l'elenco delle misure di interventi da attuare nell'ambito delle attività prescrittive per la riduzione dei rischi al PO di Osimo. Si allega pdf della mail inviata. Inoltre si allega nota di risposta al DG reattivamente alle osservazioni sulla determina regionale di integrazione del Presidio di Osimo (nota Prot. n. 3671/18-SPP del 05/02/2018).	Vista la documentazione presentata dal Responsabile CDR si ritiene l'obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Regolamento idoneità al lavoro	Verifica e aggiornamento, in collaborazione con DAPO, DMPO e RSPP, del regolamento di idoneità al lavoro in base alle nuove normative contrattuali	Presentazione bozza di nuovo regolamento alla Direzione per approvazione con determina	entro 30/11/2018				30%	25%				documentazione e già pervenuta al Cogest	Bozza della nuovo regolamento è stata redatta in collaborazione con la UO ARU e DMPO ed inviata con nota Prot. n.35831 del 30/11/2018 alla Direzione Amministra Iva, Resp. Aff. Legali e Controllo di Gestione. Si allega la nota di trasmissione (PROT. n.0035766 del 30nov2018) e Bozza regolamento (Prot. n.35831 del 30/11/2018).	Vista la documentazione presentata dal Responsabile CDR si ritiene l'obiettivo 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						25%	20%								

*R0102000 - SOS UFFICIO PER LA RICERCA, L'INNOVAZIONE ED IL TRASFERIMENTO TECNOLOGICO		Responsabile : Dott.ssa Bustacchini Direttore Dipartimento: Avv.Leonelli		BUDGET 2018													
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	RISORSE AGGIUNTI VE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario																	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	RICERCA TRASLAZIONALE	Partecipazione a gruppi di lavoro per lo sviluppo di attività progettuali per l'utilizzo delle attrezzature innovative	Partecipazione allo sviluppo di almeno due progetti nel corso del 2018	Vedi indicatore				15%					documentazione e già pervenuta al Cogest	Si veda documentazione allegata	Vista la documentazione presentata dal Responsabile CDR si ritiene l'obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																	
	PRODUZIONE SCIENTIFICA	Pubblicazioni scientifiche	Punteggio Impact Factor	12	21,20	100%	100%	20%					documentazione e già pervenuta al Cogest	Si veda documentazione allegata	Vista la documentazione presentata dal Responsabile CDR si ritiene l'obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	ArealRCCS-Ricerca corrente	Responsabilità di linea di ricerca	Attività come richieste da Ministero	Attività di supporto con relazione positiva del Responsabile di Linea				10%	30%				documentazione e già pervenuta al Cogest	Si veda documentazione allegata	Vista la documentazione presentata dal Responsabile CDR si ritiene l'obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	ArealRCCS-Capacità di operare in rete	Rete IRCCS Invecchiamento	Partecipazione alle attività della rete	Presentazione di un Report delle attività effettuate entro il 31/12				15%	30%				Documentazione e pervenuta in data 20/12/2018	Si veda documentazione allegata	Vista la documentazione presentata dal Responsabile CDR si ritiene l'obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	Ricerca a progetto	Gestione del progetto di ricerca report-age	presentazione di una relazione sullo stato di avanzamento lavori secondo gant di progetto	entro il 31/12/2018				15%	20%				Documentazione e pervenuta in data 20/12/2018	Si veda documentazione allegata	Vista la documentazione presentata dal Responsabile CDR si ritiene l'obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%								

R0102500 - SOSD MODELLI ASSISTENZIALI E NUOVE TECNOLOGIE		Responsabile : Ing. Rossi Direttore Dipartimento: Avv.Leonelli															BUDGET 2018																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
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	RISORSE AGGIUNTI VE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Economico-finanziario																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
	Produzione scientifica	Incremento della produzione scientifica	Punteggio IF	12	12	100%	100%	10%					documentazione e già pervenuta al Cogest	16	Vista la documentazione presentata dal Responsabile CDR e la rendicontazione della Ricerca Corrente 2018 inviata al Ministero della Salute, si ritiene l'obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunti																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
	Percorso di valorizzazione del trasferimento tecnologico	Partecipazione al gruppo di lavoro del ministero	Report finale	Report presentato alla direzioe entro dicembre 2018				10%					documentazione e già pervenuta al Cogest	report presentato con lettera prot. 38307 /2018	Vista la documentazione presentata dal Responsabile CDR si ritiene l'obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunti																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
	Attività a progetto	Partecipazione a bandi di ricerca	Progetti presentati	Almeno 3				10%					documentazione e già pervenuta al Cogest	3 progetti presentati come PI + contributo alla stesura di altri 4	Vista la documentazione presentata dal Responsabile CDR si ritiene l'obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunti																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
	ArealRCCS-Ricerca corrente	Presentazione progetto	Definizione GANTT triennale e Implementazione attività anno corrente	supporto al Report stato di avanzamento entro il 31/12 con relazione positiva del Direttore Scientifico				10%					documentazione e già pervenuta al Cogest	Report presentato con lettera Prot. 38472 /2018	Vista la documentazione presentata dal Responsabile CDR e l'attestazione del Direttore Scientifico si ritiene l'obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunti																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
	ArealRCCS-Ricerca corrente	Responsabilità di linea di ricerca	Attività come richieste da Ministero	Attività di supporto con relazione positiva del Responsabile di Linea				10%					documentazione e già pervenuta al Cogest	Attività svolta nei tempi e nei modi previsti dal ministero. Relazioni trasmesse dai responsabili linee di ricerca Linea 1- Dichiarazione del 19.12.2018 e Relazione del 21.12.2018 prot. n. 38494 Linea 2 – Dichiarazione del 28.12.2018 prot. n. 39180 Linea 3 – Relazione trasmessa con prot. N. 39147 del 28/12/2018 Per quanto riguarda la Linea 4, la rendicontazione relativa all'anno 2017 (inviata al Ministero della Salute il 3.4.2018) e il contributo allo sviluppo della nuova Linea per il triennio di Programmazione RC 2018-2020 sono stati curati direttamente dalle UO RICERCA, INNOVAZIONE ED IL TRASFERIMENTO TECNOLOGICO e UO MODELLI ASSISTENZIALI E NUOVE TECNOLOGIE.	Vista la documentazione presentata dal Responsabile CDR si ritiene l'obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunti																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
	ArealRCCS-Capacità di operare in rete	Rete IRCCS Invecchiamento	Partecipazione alle attività della rete	Presentazione di un Report delle attività effettuate entro il 31/12				10%					documentazione e già pervenuta al Cogest	Collaborazione all'organizzazione delle attività della rete e allo sviluppo del progetto. Relazione sulle attività effettuate inviata dal responsabile U.O. Ricerca, Innovazione e Trasferimento Tecnologico il 20/12/2018 con prot. n. 38309/18 DSC	Vista la documentazione presentata dal Responsabile CDR si ritiene l'obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunti																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
	Attività a progetto	Gruppo di lavoro riabilitazione virtuale, cariverona alzheimer, tecnossistenza	Supporto alla gestione/implementazione dei progetti	Presentazione di un Report delle attività effettuate entro il 31/12				15%					documentazione e già pervenuta al Cogest	Report presentato con lettera Prot. 38135 /2018	Vista la documentazione presentata dal Responsabile CDR si ritiene l'obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunti																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		H E A L T H A N D S C I E N C E O N A G I N G															INRCA Allegati alla Determina 39 del 28/01/2020																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi																	25%		20%																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			

*R0105000 - SOC AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO ATL		Responsabile : Avv Leonelli Direttore Dipartimento: Avv. Leonelli		BUDGET 2018												
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	RISORSE AGGIUNTE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONI 2° ISTANZA
Economico-finanziario																
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	4) Pubblicazione sul sito dei dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio	Censimento dei dati necessari	Predisposizione Report	Pubblicazione entro il 30/06				35%	40%				documentazion e già pervenuta al Cogest		Vista la documentazione ricevuta, si ritiene l'obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile
	5) Diffusione cultura privacy	Realizzazione progetto formativo sulle tematiche della privacy e linee guida aziendali rivolto a responsabile e UOC e UOSD	Realizzazione di eventi formativi per il personale indicato nell'azione	Almeno 1 evento formativo con partecipazione del personale pari all'80% degli aventi diritto entro anno 2018				40%	40%				documentazion e già pervenuta al Cogest		Vista la documentazione ricevuta, si ritiene obiettivo 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						25%	20%							

R0103200 - SOSD AREA DELLA FISICA SANITARIA E DELLA PIANIFICAZIONE E GE		Responsabile : Dr. Spiga		BUDGET 2018												
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	RISORSE AGGIUNTE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario																
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	Analisi delle tecnologie radiologiche presso il presidio di Osimo	Controlli radioprotezionistici e di qualità delle apparecchiature Rx in ottemperanza del D.Lgs 187/00 e del D.Lgs 230/95	tabelle riassuntive controlli eseguiti e limiti di accettabilità	rispetto dei limiti di accettabilità del 100% apparecchiature entro il 31/12/18				20%					documentazione pervenuta in data 31/12/2018		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Verifica personale esposto a radiazioni ionizzanti del presidio di Osimo ed omogeneizzazione dei criteri di esposizione con il personale dei presidi INRCA.	Verifica carico lavoro radiologico	valutazione dose personale e comunicazione al Medico Competente	verifica effettiva esposizione del personale e conferma o meno della classificazione al 31/12/18.				20%					documentazione pervenuta in data 31/12/2018		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Gestione richieste di acquisizione apparecchiature e proposta di piano di dismissione annuale per Ancona e Osimo.	valutazione impiego tecnologie	verifica utilizzo delle tecnologie con ingegneria clinica	presentazione piani entro il 31/12/18				20%					documentazione pervenuta in data 31/12/2018		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Acquisizione Investimenti	Presentazione proposta di processo di acquisizione delle attrezzature	Documento da inviare a DS	entro 31/12				15%					documentazione pervenuta in data 31/12/2018		obiettivo 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						25%	20%							

R0103300 - DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANTARIE		BUDGET 2018													
Responsabile : Dr. Marinelli															
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	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)															
	Espletamento Avvisso pubblico INRCA a tempo determinato per la qualifica di Operatore Socio sanitario	Presentazione di un progetto attuativo ed espletamento procedure di selezione	Procedure espletate per almeno 1 sede INRCA individuata dalla Direzione Aziendale	Definizione e disponibilità di graduatoria entro il 31/7/2018				10%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Espletamento Avvisso pubblico INRCA a tempo determinato per la qualifica di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere per il POR di Casatenovo	Presentazione di un progetto attuativo ed espletamento procedure di selezione	Procedure espletate	Definizione e disponibilità di graduatoria entro il 31/12/2018				10%	10%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Definizione del fabbisogno risorse umane del P.O. di Osimo	Rilevazione del fabbisogno infermieristico e OSS per Unità operative e servizi del P.O. di Osimo attraverso interfaccia con le rispettive DMO	Predisposizione dei dati necessari in termini di risorse umane infermieristiche e socio assistenziali e formalizzazione di un quadro di riepiogo	entro il 31/10/2018				10%	15%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Proposta dell'assetto organizzativo del DPS e articolazione degli incarichi di funzione organizzativa (Coordinamenti e P.O.) a livello aziendale.	Rilevazione del fabbisogno di difunzioni organizzative (Coordinamenti e P.O.) e predisposizione di un documento di riferimento.	Trasmissione documento di riferimento contenente i dati necessari in termini di tipologia di incarichi e articolazione organizzativa	entro il 31/10/2018				10%				Documentazione pervenuta in data 30/09/2018		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Informatizzazione documentazione assistenziale	Avvio dell'applicativo relativo al modello assistenziale di riferimento individuato	Espletamento attività formativa al personale Infermieristico e inizio sperimentazione	progetto formativo espletato e avvio sperimentale in almeno 2 Unità Operative entro il 31/12/2018				10%	15%					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	Presentazione dei report entro il 31/11/2018				10%	15%			Documentazione pervenuta in data 31/11/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Ricerca Infermieristica	Presentazione di un documento descrittivo per lo sviluppo dell'attività di ricerca infermieristica	Redazione del documento descrittivo	Relazione e documento presentato entro il 31/12/2018				5%	15%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Organizzativo	Impostare un sistema di report allineamento dati per la rilevazione delle risorse umane (infermieri OSS) effettivamente in servizio e assenze di medio lungo termine.	Report allineato in termini di previsione dotazione organica, assegnazioni, effettiva presenza in servizio o assenza di medio lungo termine in interfaccia con ARU	Presentazione di almeno 1 Report entro il 30/11/2018				10%	10%			Documentazione pervenuta in data 27/11/2018		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi esterni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)															
Sviluppo e innovazione dei processi di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi															
								25%	20%						

12 Allegato 2: Tabella Obiettivi strategici

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	330	507	153,64%
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	100.000,00	521.474,00	521,47%
implementazione e allo sviluppo del nuovo software di gestione dell'area sanitaria per la parte infermieristica con sviluppo di modelli adeguati	diversificato a seconda delle diverse UUOO			avvio del sw di area sanitaria per la parte infermieristica entro l'anno 2018 con sperimentazione in almeno 2 uuoo	diversificato a seconda delle diverse UUOO	vedi indicatore	Nuovo sw avviato	100%
obiettivi volti al miglioramento della qualità dell'assistenza	diversificato a seconda delle diverse UUOO			realizzazione di indagini di prevalenza sul cateterismo vescicale, contenzione, piaghe da decubito, cadute	diversificato a seconda delle diverse UUOO	+7,8% rispetto al 2016	realizzazione di 1 indagine nel II semestre 2018	100%
Obiettivi volti al miglioramento della qualità dell'assistenza in termini di appropriatezza dell'attività	diversificato a seconda delle diverse UUOO			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	diversificato a seconda delle diverse UUOO	≤0,13	11,00%	100%
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	diversificato a seconda delle diverse UUOO			% DRG Medici da reparti chirurgici	diversificato a seconda delle diverse UUOO	≤19%	14,75%	100%
Integrazione Inrca Osimo area amministrativa tecnico logistica	diversificato a seconda delle diverse UUOO			Completamento del percorso di incorporazione del Presidio di Osimo con il subentro nel personale dipendente, nell'area tecnico e di acquisizioni di beni e servizi	diversificato a seconda delle diverse UUOO	vedi indicatore	Subentro nelle aree di riferimento nei tempi dovuti	100%
Valorizzazione patrimonio aziendale	diversificato a seconda delle diverse UUOO			Presentazione proposta, programma di attività e relativi bandi di gara	diversificato a seconda delle diverse UUOO	vedi indicatore	Protocollo 39291/2018	100%

13 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 14 del 31/01/2018	31/01/2018	DGEN 419 del 14/12/2018	https://www.inrca.it/inrca/files/TRASPARENZA/PERFORMANCE/PIANO/419%20DGEN%202018%20PDF.pdf
Piano della <i>performance</i>	DGEN 14 del 31/01/2018	31/01/2018	DGEN 419 del 14/12/2018	https://www.inrca.it/inrca/files/TRASPARENZA/PERFORMANCE/PIANO/419%20DGEN%202018%20PDF.pdf
Programma triennale per la trasparenza e l'integrità	DGEN 12 del 31/01/2018	31/01/2017		https://www.inrca.it/inrca/files/PTPC%202018-2020.pdf
Standard di qualità dei servizi				