

## RELAZIONE SULLE PERFORMANCE - ANNO 2016

### **Premessa**

Il piano delle performance aziendali di cui alla determina del Direttore Generale n. 10/2016 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 2016.

Il piano delle performance anno 2016 ipotizzato attraverso le linee guida del budget e declinato in obiettivi di CDR fa riferimento a tutti gli ambiti aziendali e quindi ipotizzava obiettivi (performance) scientifici, sanitari, amministrativi ed economici considerati sia singolarmente che interconnessi fra di loro.

## Contesto esterno di riferimento

L'analisi circa il raggiungimento delle performance aziendali risente inevitabilmente delle dinamiche istituzionali con i diversi stakeholder di riferimento, in primis le tre Regioni di riferimento (Regione Lombardia, Regione Marche e Regione Calabria) e con i competenti Ministeri per l'area scientifica e sanitaria. Da questo punto come già indicato in sede di Bilancio d'esercizio la gestione aziendale 2016 è stata caratterizzata da un consolidamento dell'attività istituzionale considerando che proprio nel corso di questo esercizio la Direzione ha trovato il suo assetto definitivo con la nomina del nuovo Direttore sanitario. Sempre sin questa logica si segnala con la Regione Calabria non è ancora stato chiuso il percorso per la transazione relativa alla copertura delle perdite degli anni precedenti e per l'accordo sul piano di razionalizzazione e sviluppo del Presidio di Cosenza. Sono comunque intercorsi nel 2016 due elementi degni di nota che evidenziano la presenza con la Regione Calabria di una dinamica interlocutoria positiva:

- l'emanazione dei Decreti della Regione Calabria (n. 53/2016 e 103/2016) che hanno coperto per intero la perdita 2014 e che ribadiscono pertanto nei fatti il pieno inserimento del Presidio di Cosenza nell'ambito del SSR calabrese.
- Il riavvio dei percorsi istituzionali iniziati negli anni 2012-2013 con il nuovo Governatore G.M. Oliverio e con il nuovo Direttore del Dipartimento Salute, Prof. M. Fatarella. Pur in presenza di un sostanziale accordo più volte manifestato, l'empasse istituzionale che caratterizza la Regione Calabria (la presenza di un commissario governativo diverso dal Presidente della Giunta Regionale, primo caso in Italia) impedisce al momento la sottoscrizione dello stesso.

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

## L'istituto

Il bilancio per l'esercizio 2016 dell'Istituto presenta una perdita complessiva di -962.262,90 € 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 2016:

a) Valore della produzione	Euro	89.644.541,82	+
b) Costi della produzione	Euro	88.898.003,86	-
c) Proventi ed oneri finanziari	Euro	214.729,02	-
d) Rettifica di valore att. Finanz.Euro	Euro	==	
e) Proventi ed oneri straordinari	Euro	2.026.051,12	+
f) Irap e imposte e tasse	Euro	3.520.122,96	-
		-----	
PERDITA D'ESERCIZIO	Euro	962.262,90	-
		=====	

La perdita di esercizio 2016 è interamente dovuta al Presidio di Cosenza il cui percorso di recupero istituzionale è oggi ripreso a seguito dei cambiamenti istituzionali avvenuti nel corso del 2015. Come già detto in precedenza si ricordano le dinamiche istituzionali che hanno caratterizzato l'Istituto nel 2016 (vedi cambiamenti nel livello governativo) e accanto a questi le dinamiche propriamente "locali" derivanti dall'avvio delle attività del nuovo commissario governativo nell'ambito della Regione Calabria in coabitazione con la struttura regionale di riferimento.

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

	Presidi Marche	POR Casatenovo	POR Cosenza	Polo Scientifico e Tecnologico	Area Amministrativa di supporto	TOTALE INRCA
<b>TOT - Totale Qualifiche</b>	<b>639,2</b>	<b>85,5</b>	<b>100,0</b>	<b>22,7</b>	<b>94,7</b>	<b>942,0</b>
<b>RS - Tot Ruolo Sanitario</b>	<b>513,6</b>	<b>54,2</b>	<b>79,0</b>	<b>13,9</b>	<b>14,9</b>	<b>675,5</b>
SDM - Tot Dirigenza Sanitaria Medica	120,0	12,0	20,0	2,0	2,2	156,1
SDNM - Tot Dirigenza Sanitaria non Medica	16,2	1,0	1,0	9,0	7,9	35,2
SC - Tot Comparto Sanitario	377,4	41,2	58,0	2,9	4,8	484,2
<b>RP - Tot Ruolo Professionale</b>	-	-	-	-	<b>3,0</b>	<b>3,0</b>
PD - Tot Dirigenza Professionale	-	-	-	-	3,0	3,0
PC - Tot Comparto Professionale	-	-	-	-	-	-
<b>RT - Tot Ruolo Tecnico</b>	<b>104,7</b>	<b>20,9</b>	<b>13,4</b>	<b>5,8</b>	<b>17,9</b>	<b>162,7</b>
TD - Tot Dirigenza Tecnico	1,0	-	-	3,8	5,9	10,7
TC - Tot Comparto Tecnico	103,7	20,9	13,4	2,0	12,0	152,0
<b>RA - Tot Ruolo Amministrativo</b>	<b>20,9</b>	<b>10,4</b>	<b>7,6</b>	<b>3,0</b>	<b>58,9</b>	<b>100,8</b>
AD - Tot Dirigenza Amministrativa	0,7	-	1,0	1,0	6,3	9,0
CA - Tot Comparto Amministrativo	20,2	10,4	6,6	2,0	52,6	91,8

## I risultati raggiunti a livello complessivo

Le risorse a disposizione sinteticamente descritte nel paragrafo precedente hanno consentito di produrre l'attività di seguito rappresentata nelle diverse tipologie che la caratterizzano, confrontando i dati consuntivi 2016 e 2015 e le previsioni di budget fatte per l'anno 2016.

### Attività di ricovero

TOTALE INRCA			
Indicatori di produttività - Attività di ricovero ed Ambulatoriale	Anno 2015	Anno 2016	
	Consuntivo	Consuntivo	Budget
POSTI LETTO Degenza Ordinaria	332,83	326,68	
Numero Ricoveri Degenza Ordinaria	8.692	8.697	8.614
GG Degenza Ordinaria	113.980	114.817	103.939
Tasso Occupazione PL Degenza Ordinaria	93,6%	96,3%	
VALORE Degenza Ordinaria	34.545.616	35.886.423	34.713.473
DRG Medio Degenza Ordinaria	3.974,42	4.126,30	4.029,89
Degenza media DO	13,63	13,20	12,07
POSTI LETTO DH	5,0	0,0	0,73
Numero Ricoveri in DH	1.083	940	998
GG DH	1.843	1.598	0
Tasso Occupazione PL in DH	154%	0%	
VALORE DH	1.165.988	948.245	979.810
VALORE MEDIO AD ACCESSO	633	593	
DRG Medio DH	1.077	1.009	982
Degenza Media DH	2	2	0
Numero Ricoveri in DS	125	82	105
GG DS	125	82	0
VALORE DS	221.103	146.507	172.500
DRG Medio DS	1.769	1.787	1.643
Numero ricoveri	9.900	9.719	0
VALORE ricoveri	35.932.707	36.981.175	35.865.783

L'attività di ricovero, complessivamente intesa (Degenza ordinaria, day hospital e day surgery), è in leggero decremento quantitativo mentre è in incremento a livello valoriale.

### Attività ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale

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

TOTALE INRCA			
Indicatori di produttività - Attività di ricovero ed Ambulatoriale	Anno 2015	Anno 2016	
	Consuntivo	Consuntivo	Budget
N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI ESTERNE	1.005.449	953.511	1.045.783
VALORE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	13.987.251	14.595.635	14.256.340

<b>RSR - TREIA</b>			
<b>Indicatori di produttività - Attività di ricovero ed Ambulatoriale</b>	<b>Anno 2015</b>	<b>Anno 2016</b>	
<b>Descrizione</b>	<b>Consuntivo</b>	<b>Consuntivo</b>	<b>Budget</b>
POSTI LETTO Degenza Ordinaria	15,33	15,48	
Numero Ricoveri Degenza Ordinaria	132	134	143
GG Degenza Ordinaria	4.802	4.989	5.293
Tasso Occupazione PL Degenza Ordinaria	86%	88%	
VALORE Degenza Ordinaria	717.948	861.401	758.115
DRG Medio Degenza Ordinaria	5.439,00	6.428,36	5.301,50
Degenza media DO	36,38	38,06	37,01
Numero ricoveri	132	134	0
VALORE ricoveri	717.948	861.401	758.115

Attività RSA Residenza Dorica:

- Giornate di degenza erogate per dimessi nel 2015 pari a 9.763.
- Giornate di degenza erogate per dimessi nel 2016 pari a 8.120

Attività Centro Diurno Alzheimer:

- Giornate semiresidenziali erogate nel 2015 pari a 3.583
- Giornate semiresidenziali erogate nel 2016 pari a 3.716.

#### Attività di ricerca

Prima di procedere all'analisi ed ai confronti sulle attività condotte si intende premettere che nel corso del 2016 la conferma del riconoscimento del carattere scientifico dell'Istituto e' stata certificata dal Decreto del Ministero della Salute del 21 marzo 2016: Conferma del riconoscimento del carattere scientifico, dell'IRCCS di diritto pubblico «INRCA - Istituto nazionale di ricovero e cura per anziani», in Ancona, per la disciplina di «geriatria». (16A02914) (GU Serie Generale n.87 del 14-4-2016).

Nel corso dell'esercizio 2016 il programma di ricerca e' stato impostato prospetticamente sulla base della declinazione degli obiettivi prioritari della ricerca condotta nell'Istituto sull'invecchiamento attivo e a partire dalla definizione all'interno della programmazione triennale – approvata dal Ministero della Salute per il periodo 2013-2015, prorogata anche per l'anno 2016 - delle quattro le Linee di Ricerca dell'Istituto, continuando in particolare ad enfatizzare 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 69 progetti nelle quattro linee di ricerca, con la partecipazione delle diverse professionalità dell'Istituto.

Questa progettualità ha dato luogo nel corso del 2016 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.

	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Impact Factor ministeriale	335,40	385,60	437,40
N° pubblicazioni indicizzate	80	89	112
Impact factor medio per articolo	4,19	4,33	3,91

N° citazioni	2141	3373	4239
Impact factor medio per ricercatore attivo	4,26	4,91	5,12
Impact factor medio per ricercatore attivo con pubblicazioni	4,83	5,53	5,89

Nel 2016 si è quindi evidenziato 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) accompagnato da un aumento sostanziale del peso qualitativo della produzione scientifica e dall'aumento del numero di 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 nell'ambito di riferimento.

Questo risultato nel corso del 2016 è il frutto della produzione scientifica sostenuta in tutte le quattro linee di ricerca come illustrato nella tabella seguente:

		2014		2015		2016
	N° articoli	IFM	N° articoli	IFM	N° articoli	IFM
Linea di Ricerca 1	21	93	20	93	27	134
Linea di Ricerca 2	26	109,4	30	136,40	38	154,20
Linea di Ricerca 3	20	89	20	95,20	23	69
Linea di Ricerca 4	13	44	19	61	24	80,20

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

	2014	2015	2016
SEDE DI ANCONA	305,2	380	421,20
POR DI FERMO	5,8	16,2	25,20
POR DI CASATENOV	4	3	4
POR DI COSENZA	69	61	35,20

#### IFM PER DIPARTIMENTO

	2014	2015	2016
POST ACUZIE CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA - AN	46	45	66
GERIATRICO AD INDIRIZZO MEDICO - AN	162,4	222,4	173,70

GERIATRICO AD INDIRIZZO CHIRURGICO – AN	16	34	81,00
SERVIZI, LABORATORI CLINICI E DI RICERCA - AN	45	43	83,50
GERIATRICO RIABILITATIVO AD INDIRIZZO CARDIO-CEREBRO VASCOLARE - FERMO	5,8	16,2	25,20
GERIATRICO RIABILITATIVO AD INDIRIZZO PNEUMOLOGICO - CASATENOVO	4	3	4
GERIATRICO RIABILITATIVO AD INDIRIZZO CARDIOVASCOLARE - COSENZA	69	61	35,20

#### IFM PER DIREZIONE SCIENTIFICA E STAFF

	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Direzione Scientifica e Centro Servizi di Staff	94,4	207	97,00

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.

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

	2014		2015		2016			
N° studi approvati nell'anno	N° Studi Attivi	N° pazienti arruolati nell'anno	N° studi approvati nell'anno	N° Studi Attivi	N° pazienti arruolati nell'anno	N° studi approvati nell'anno	N° Studi Attivi	N° pazienti arruolati nell'anno
8	50	1486	7	41	991	7	31	1708

L'esercizio 2016 ha poi 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 2016 risulta in incremento rispetto all'anno precedente e soprattutto molto consistente è il finanziamento complessivo degli stessi anche se il dato rappresentato è quello dell'intero progetto. Dei 4 milioni complessivi sono infatti a disposizione dell'Istituto per sue attività circa 2,3 milioni di € nei diversi progetti rappresentati.

Si riportano di seguito i nuovi progetti avviati nel 2016, per ordine di avvio cronologico.

Descrizione	Finanziatore	Importo totale finanziamento
PROG.RIC."EFFETTI DI DIETE...TOPI"	UNIVERSITA' DEGLI STUDI MILANO	4.000,00
ENLCO and DP	UNIONE EUROPEA	28.984,00
CHRONIC KIDNEY DISEASE	MINISTERO DELLA SALUTE	356.508,00
reportAGE	MINISTERO DELLA SALUTE	222.396,00
GOOD - GERIATRIC OUTCOMES AMONG ...	MINISTERO DELLA SALUTE	2.018.552,00
APPS for carers	UNIONE EUROPEA	48.534,00
BE THE CHANGE	UNIONE EUROPEA	287.811,00
LA COMUNITA' CHE SI-CURA	ANTEAS SERVIZI MARCHE	15.975,00
SENIOR SOCIAL ENTREPRENEURING	UNIONE EUROPEA	23.012,00
REALIZZAZIONE LAB.MULTIFATTORIALE DEL MOVIMENTO	FONDAZIONE SERPERO	140.000,00
STARS	UNIONE EUROPEA	541.800,00
ADVANTAGE	UNIONE EUROPEA	199.373,10
eWARE	MINISTERO DELLA SALUTE	59.500,00
LIVING WELL	MINISTERO DELLA SALUTE	126.800,00
<b>TOTALE</b>		<b>4.073.245,10</b>

I progetti più rilevanti, tra quelli avviati nel 2016, risultano essere:

- Be the change
- Apps for carers
- Senior Social Entrepreneuring
- Good
- Ckd-3d
- Report-AGE

Il progetto europeo **BE THE CHANGE** (Boosting entrepreneurship through intergenerational exchange") è coordinato dall'IRCCS-INRCA ed è finanziato nell'ambito del programma Erasmus Plus KA2-ADULT EDUCATION 2016 -. Il progetto è rivolto ad imprenditori maturi con più di 50 anni (i cosiddetti senior) e a giovani disoccupati che sono fuori dai circuiti formali della formazione (i cosiddetti NEETs) e ha l'obiettivo di produrre delle Linee Guida Europee per la validazione di competenze acquisite in ambiti formativi non-formali e informali, sul modello di quelle già esistenti nell'ambito della formazione formale (scolastica e universitaria), con lo scopo di rendere le competenze acquisite maggiormente spendibili nel mondo del lavoro. Il progetto vedrà collaborare l'istituto con altri partner in Germania, Ungheria, Slovenia e Malta.

Il progetto europeo **APPS FOR CARERS** è finanziato nell'ambito del programma Erasmus Plus. Il progetto, che vede coinvolti partner di 5 paesi, ha l'obiettivo di sviluppare una "libreria" contenente le principali applicazioni e siti web in versione mobile disponibili sul mercato e che offrono risorse e servizi a supporto dei caregivers. La nuova app verrà prodotta in inglese e nelle 4 lingue dei partner del progetto (italiano, portoghese, greco, svedese) e saranno implementati strumenti e metodi affinché i caregiver possano scegliere ed usare in modo appropriato le risorse a loro dedicate.

Il progetto **Senior Social Entrepreneuring** è finanziato dall'Unione Europea (Programma Erasmus Plus) condotto in sei Paesi (coordinato dal Comune di Aarhus, Danimarca) e si basa sui concetti di innovazione sociale e imprenditoria sociale. Lo scopo principale è quello di orientare e sviluppare le capacità delle persone mature affinché esse possano creare, come mediatori (brokers), azioni innovative coordinate tra diversi stakeholders per rispondere ai bisogni sociali individuati nella comunità locale (senior brokering). Si tratta di coinvolgere dei seniors, portatori di determinate conoscenze/esperienze, in sei comunità locali europee: una in Danimarca, una in Spagna, una in Bulgaria, una in Inghilterra e due in Francia. Il loro compito, supportati dai partner locali del progetto è quello di individuare determinati problemi sociali, identificare una soluzione innovativa per tali problemi e perseguirla attraverso uno spirito imprenditoriale, coinvolgendo stakeholder locali. Il capacity building è determinato dalla costruzione del loro percorso verso la soluzione e dallo scambio con i senior degli altri Paesi che avverrà attraverso incontri appositamente previsti a livello internazionale. Il ruolo dell'INRCA in questo progetto è quello di "knowledge partner", ovvero di definire un framework concettuale e una guida metodologica comuni per tutti i partner, analizzare le attività nei contesti locali e redigere un policy paper su come favorire modelli di "senior brokering".

**GOOD** "Geriatric Outcomes among Older type 2 Diabetic patients treated with Dpp4-inhibitors or glinides" è un progetto finanziato dal Ministero della Salute (Progetto di Rete Bando Ricerca finalizzata 2013) che ha l'obiettivo di valutare gli outcomes di tipo geriatrico in pazienti anziani affetti da diabete ed in trattamento farmacologico con inibitori DPP4 o glinidi. Verranno analizzati il controllo metabolico, lo stress

infiammatorio e ossidativo; sarà effettuata la valutazione della sarcopenia e dei parametri relativi a massa muscolare forza muscolare e prestazioni fisiche oggettive utilizzando il test SPPB e saranno studiate le performance cognitive.

**CKD-3D** "Chronic Kidney Disease as a Dysmetabolic Determinant of Disability among Older People" è un progetto finanziato dal Ministero della Salute (Bando Ricerca finalizzata 2013) volto ad identificare la disabilità correlata alla Malattia Renale Cronica (MRC). Lo studio si prefigge gli obiettivi di creare un database osservazionale specificamente dedicato alla MRC e alle sue conseguenze nei pazienti anziani dimessi dall'ospedale per acuti, di studiare la relazione tra funzionalità renale e i principali determinanti di disabilità e di verificare se biomarcatori innovativi della funzionalità renale (cistatinaC, proteina beta-trace ( $\beta$ -TP) e  $\beta$ 2-microglobulina), siano in grado di predire la prognosi e di individuare i pazienti portatori di determinanti di disabilità con una migliore accuratezza rispetto alle determinazioni basate sulla creatinina. Il progetto CKD-3D avrà un significativo impatto sulle attuali conoscenze riguardanti le disabilità correlate alla MRC nei pazienti più anziani.

**Report-AGE** "Clinical and biological predictors of physical function decline in older patients with chronic cardiovascular diseases". Il progetto finanziato dal Ministero della Salute (Bando Ricerca finalizzata 2013) si propone di studiare il ruolo dei parametri clinici e biologici legati alla fragilità nel predire il declino della funzionalità fisica e gli esiti negativi, come l'ospedalizzazione e la mortalità in un campione di anziani con malattie cardiovascolari (CVD) e di implementare un osservatorio real-time sullo stato di salute dei pazienti con CVD.

La classificazione dei progetti di ricerca per nuovo soggetto finanziatore consente, invece, di misurare l'afflusso di denaro concesso per struttura promotrice o sostenitrice di progetti di ricerca. I pesi tra i diversi finanziatori possono cambiare da anno ad anno. Ad ogni buon conto il dato 2016 è il seguente.

Finziatore	N. Progetti Finziati	Finziamento	% sul totale
UNIONE EUROPEA	6	1.129.514,10	28%
MINISTERI	5	2.783.756,00	68%
UNIVERSITA'	1	4.000,00	0%
PRIVATI	2	155.975,00	4%
<b>TOTALE</b>	<b>14</b>	<b>4.073.245,10</b>	<b>100%</b>

In termini di valore economico si rileva una netta prevalenza dei finanziamenti Ministeriale (influenzato però dal progetto GOOD che da solo rappresenta una parte notevolissima del valore) e il mantenimento comunque di una quota rilevante per dell'Unione Europea.

Le aziende private, rappresentate sostanzialmente da ditte farmaceutiche, continuano a costituire fonte di finanziamento non particolarmente significative ma continuative negli anni, mentre scompaiono dalla raccolta fondi 2016 regioni ed enti regionali.

Di seguito si riporta, invece, la rappresentazione del medesimo valore per capacità di attrazione all'interno dell'Istituto.

Sede Aziendale	N. Progetti Finziati	Finziamento	% sul totale
POLO SCIENTIFICO	5	392.341,00	10%
DIREZIONE SCIENTIFICA	7	3.184.396,10	78%
POR CASATENOV	1	140.000,00	3%
POR COSENZA	1	356.508,00	9%
POR ANCONA	0	0	0%
<b>TOTALE</b>	<b>14</b>	<b>4.073.245,10</b>	<b>100%</b>

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

Ciò premesso le principali direttrici in termini di performance previste per il 2016 per l'Inrca prevedevano una serie di obiettivi corrispondenti alle seguenti macroaree di riferimento:

- 1) *ricerca traslazionale*
- 2) *promozione del brand INRCA anche attraverso l'apertura al territorio*
- 3) *revisione e sviluppo di modelli operativi ed organizzativi innovativi*
- 4) *obiettivi prestazionali e di efficienza*
- 5) *valorizzazione delle risorse umane e professionali*
- 6) *orientamento alla qualità*

Nell'ambito della **ricerca traslazionale** sono stati individuati i seguenti obiettivi operativi:

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

Nell'ambito della **promozione del brand INRCA anche attraverso l'apertura al territorio** sono stati individuati i seguenti obiettivi operativi:

- Rafforzamento della relazione istituzionale con l'AV4 e il Por Inrca di Fermo attraverso la definizione di percorsi congiunti e condivisi che consentono la gestione dell'attività lungodegenza e dell'attività di emergenza all'interno del Presidio
- Rafforzamento della relazione istituzionale con l'AV4 e il Por Inrca di Fermo attraverso la definizione di percorsi congiunti e condivisi che consentono lo sviluppo di un'attività dermochirurgica all'interno dei presidi dell'AV 4
- Studio / costruzione / sviluppo di un percorso relativo alla patologia della "prostata" anche in considerazione dell'importante assetto tecnologico disponibile a tal proposito
- Rafforzamento della specificità dell'istituto attraverso l'individuazione di percorsi che mettano a disposizione del livello regionale quanto realizzato nell'ambito dei percorsi dell'Ospedale senza dolore con particolare riferimento alle patologie prostatiche
- Rafforzamento della specificità dell'istituto attraverso l'individuazione di percorsi che mettano a disposizione del livello regionale quanto realizzato nell'ambito dei percorsi e dei processi "mappati" all'interno del Sistema Gestione Qualità.
- Rafforzamento della specificità dell'Istituto al fine di assolvere agli obblighi relativi alla legge sulla Trasparenza e Anticorruzione
- Sviluppo sito Internet
- Aggiornamento dei modelli e percorsi di comunicazione esterna

Nell'ambito della **revisione e sviluppo di modelli operativi ed organizzativi innovativi** sono stati individuati i seguenti obiettivi operativi:

- Rafforzamento del ruolo e delle attività dei coordinatori;
- Rivisitazione dell'offerta in area diabetologica attraverso l'individuazione di setting assistenziali più adeguati;

- Mappatura e analisi dell'attuale modello di gestione della risorsa "dietista" al fine di individuare un modello più efficiente ed efficace di quello attuale;
- Rafforzare la relazione tra le uu.oo. Diabetologia e Centro del Piede Diabetico al fine di individuare un modello di erogazione dell'offerta diverso da quello attuale troppo centrato su figure specialistiche;
- Rafforzamento del ruolo della Diabetologia in un ottica interaziendale con l'Asur AV2;
- Rafforzamento della specificità dell'istituto attraverso l'identificazione dei connotati che possono caratterizzare l'attività ambulatoriale di geriatria;
- Rafforzamento della specificità dell'istituto attraverso l'individuazione di percorsi che mettano a disposizione del livello regionale l'esperienze del centro regionale della Nutrizione clinica;
- Rafforzamento della specificità dell'Istituto attraverso l'individuazione di percorsi che rafforzino e amplino in una dinamica regionale l'esperienze già maturate in ambito di Telecardiologia;
- Introduzione / recupero di strumenti di gestione dell'organizzazione del lavoro e del personale con particolare riferimento alla definizione di un piano di emergenza urgenza che individui i livelli minimi di assistenza in grado di erogare in presenza delle risorse disponibili;
- Rafforzamento della specificità dell'Istituto attraverso l'introduzione di percorsi innovativi nella gestione del paziente come evidenziato dall'esperienza della Fondazione Masera. Valutazione circa la possibilità di fare proprio dell'Inrca un simile percorso
- Allargamento delle competenze in ambito del Presidio di Ancona dell'impiantazione dei c.d. picc
- Proposta e introduzione di modelli innovativi gestionali in ambito dipartimentale chirurgico seguendo logiche proprie di:
  - razionalizzazionale nell'uso delle risorse
  - miglioramento del setting assistenziale
  - rafforzamento delle logiche proprie della suddivisione delle attività per intensità di cura
- Mappatura e analisi dell'attuale offerta radiologica in relazione alla passata introduzione dell'attività di guardia al fine di individuare percorsi di razionalizzazione ed efficientamento produttivo
- Mappatura, analisi e sviluppo di percorsi di razionalizzazione che consentano una drastica diminuzione del ricorso all'attività del Laboratorio di Anali dell'AO Ospedali Riuniti
- Mappatura, analisi e sviluppo di percorsi che consentano una drastica diminuzione dei ricoveri "ripetuti" nel tempo (considerando come parametro non solo quello temporale previsto dalla normativa Lea ma in generale un arco di tempo anche superiore)
- Mappatura, analisi e sviluppo di modelli innovativi nell'offerta sanitaria con particolare riferimento all'introduzione di sperimentazioni gestionali nella logica della gestione infermieristica dei reparti in ambito post acuto
- Mappatura, analisi e sviluppo di modelli innovativi nell'offerta sanitaria con particolare riferimento all'introduzione di sperimentazioni gestionali nella logica della gestione infermieristica dei reparti in ambito riabilitativo
- Rafforzamento della specificità dell'Istituto attraverso l'individuazione di percorsi che rafforzino e amplino in una dinamica regionale l'esperienze già maturate in ambito di Telemedicina con particolare riferimento al progetto Aree Interne
- Mappatura, analisi e sviluppo di percorsi innovativi che garantiscono una reale presa in carico del paziente abbandonando percorsi estemporanei e non di sistema
- Rafforzamento della specificità dell'Istituto attraverso l'individuazione e l'attuazione di sperimentazioni gestionali al fine di valorizzare la c.d. "casa Amica"
- Rafforzamento della specificità dell'Istituto attraverso l'individuazione e la realizzazione e l'"esportazione" in ambito regionale di percorsi e processi assistenziali volti alla realizzazione del Piano Demenze
- Rafforzamento della specificità dell'Istituto attraverso l'"esportazione" in ambito regionale di percorsi e processi volti allo sviluppo di programmi di self management e coinvolgimento di pazienti e familiari

- Sviluppo della risorsa "personale" anche attraverso un aggiornamento del sistema di valutazione da portare ad unitarietà rispetto alle attuali modalità frammentate e da utilizzare anche in ambito formativo

Nell'ambito degli **obiettivi prestazionali e di efficienza** sono stati individuati i seguenti obiettivi operativi, fermo restando la richiesta di incremento del 5% di tutte le prestazioni ambulatoriali per esterni oggetto di monitoraggio nell'ambito dei piani regionali per il governo delle liste di attesa e come ulteriore contributo agli obiettivi regionali e del raggiungimento degli obiettivi previsti per i volumi minimi derivanti da documenti regionali e/o nazionali:

- Riorganizzazione dell'offerta produttiva del servizio di radiologia c/o il Presidio di Fermo
- Sviluppare l'attività di ricerca anche nell'ambito del comparto socio assistenziale
- Mappatura e analisi dell'attuale offerta in termini di turni di sala operatoria messa a disposizione dei professionisti al fine di individuare percorsi che favoriscano l'ampliamento dell'offerta
- Introduzione di setting assistenziali più appropriati nell'erogazione di prestazioni chirurgiche
- Introduzione di percorsi e processi che consentano una effettiva riduzione delle liste di attesa con particolare riferimento a quelle maggiormente oggetto di osservazione
- Mappatura, analisi e proposta di sviluppo di soluzioni della problematica del Cup Regionale collegata al c.d. tasso di rinuncia
- Incremento nell'attività in ambito chirurgico attraverso la realizzazione di processi e percorsi di razionalizzazione rispetto all'attuale sistema di erogazione dell'offerta
- Mappatura, analisi e proposta di sviluppo di soluzioni relative alle problematiche di scarso impatto e incidenza in ambito Inrca dell'attività convenzionata di Odontoiatria
- Rivisitazione dei percorsi degli incarichi esterni (anche occasionali) al fine di conciliare le esigenze aziendali (sanitarie e di ricerca) con il rispetto delle normative.
- Rivisitazione dei percorsi degli incarichi esterni (anche occasionali) al fine di conciliare le esigenze aziendali (sanitarie e di ricerca) con il rispetto delle normative.
- Valorizzazione del patrimonio immobiliare dell'Istituto attraverso il presidio dei processi di vendita da una parte e la progettazione di strategie alternative dall'altra
- Mappatura e analisi dello stato giuridico delle attuali proprietà Inrca al fine di salvaguardare l'ente da rischi quali usucapioni e/o danni patrimoniali di qualsiasi tipologia.
- Razionalizzazione nei percorsi amministrativi relativi alla gestione del centralino del Por di Ancona anche in considerazione dello sviluppo dei percorsi di telemedicina
- Gestione dell'attività libero professionale coordinata e omogenea in tutto il mondo Inrca attraverso la definizione di Piani Triennali ancora mancanti
- Razionalizzazione in ambito AtI del processo di gestione dell'attività libero professionale
- Realizzazione del percorso di informatizzazione dell'ambito sanitario
- Realizzazione /aggiornamento dell'inventariazione dei beni mobili aziendali
- Completamento del percorso di riorganizzazione aziendale attraverso il conferimento degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative attraverso un nuovo regolamento relativo alla loro graduazione

Nell'ambito della **valorizzazione delle risorse umane e professionali** sono stati individuati i seguenti macro obiettivi da raggiungere:

- promuovere la partecipazione del personale a progetti di ricerca traslazionale;
- incentivare tutto il personale a contribuire secondo diverse modalità alla realizzazione di pubblicazioni scientifiche;
- favorire la partecipazione dei propri professionisti a corsi di formazione interni ed esterni, anche in qualità di docenti e/o organizzatori;
- promuovere una sempre maggiore integrazione tra la componente clinica, scientifica e amministrativa dell'Istituto, attraverso iniziative quali journal club e gruppi di lavoro integrati;

- stimolare i responsabili di Unità Operativa Complessa ad identificare quei professionisti strutturati che mostrano attitudine ed interesse verso un maggior coinvolgimento nel raggiungimento degli obiettivi strategici identificati dall'Istituto;
- incentivare il dibattito evidence-based tra i professionisti su tematiche legate ai percorsi clinici, assistenziali e organizzativi innovativi;
- favorire la condivisione del know-how tra i professionisti operanti nei diversi presidi ospedalieri afferenti alla rete d'Istituto;
- favorire e sviluppare il lavoro interdisciplinare e/o multi professionale;
- sviluppare il senso di appartenenza e di responsabilità dei dirigenti e degli operatori.

Nell'ambito dell'**orientamento alla qualità** sono stati individuati i seguenti obiettivi operativi:

- Sviluppo delle tematiche proprie della slow medicine
- Sviluppo delle tematiche proprie della medication review
- Consolidamento del percorso relativo alla gestione del rischio clinico nell'ambito del SQM
- Rafforzamento della specificità dell'istituto attraverso l'omogeneizzazione in ambito Inrca dell'attività riabilitativa connessa alla strumentazione Bladder scanner
- Approfondimento scientifico sul concetto di appropriatezza in relazione agli outcome applicati alla popolazione "geriatrica" dell'Inrca
- Mappatura e analisi dell'attuale consumo della risorsa "farmaco e bene sanitario" al fine di individuare percorsi di razionalizzazione rispetto a fenomeni di inappropriata prescrizione.
- Mappatura e analisi dell'attuale consumo della risorsa ""esame diagnostico di laboratorio"" al fine di individuare percorsi di razionalizzazione rispetto a fenomeni di inappropriata prescrizione."
- Rafforzamento delle conoscenze aziendali dei attraverso l'ampliamento del Corso ALS nell'ambito del Dipartimento di Fermo
- Rafforzamento della specificità dell'Istituto attraverso percorsi valorizzazione dell'attività di biblioteca
- Individuazione e realizzazione di un cruscotto direzionale orientato non solo sulle performance ma anche sugli esiti

## I risultati raggiunti a livello di unità operative

Il piano delle performance 2016 articolato come sopra ha poi trovato puntuale declinazione nell'ambito delle schede di budget dei diversi Centri di Responsabilità. Il raggiungimento delle performance previste nel piano 2016 è riscontrabile attraverso il livello di raggiungimento degli obiettivi come da processo di valutazione realizzato nel corso del 2016 e conclusosi con il percorso dell'Organismo Indipendente di Valutazione, ai cui verbali si rimanda.

Senza scendere nelle singole articolazioni di budget, che si vedranno nelle schede in coda allegate, si può segnalare in via generale che le principali performance 2016 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'incremento cospicuo dell'IF rispetto al 2015 e dal forte incremento dei finanziamenti esterni derivanti da ricerche finalizzate;
- nel rafforzamento dell'integrazione con il territorio da parte dell'Inrca con il rafforzamento del positivo percorso di integrazione con l'Ospedale di Osimo, con l'Av4 (tra cui Cdcd Montegranaro), con l'apertura degli 8 p.l. di geriatria presso il Por di Ancona;
- nel rafforzamento della vocazione geriatrica dell'Istituto anche attraverso la realizzazione di protocolli omogenei e comuni a tutti i Presidi Inrca nell'area infermieristica relativi alla identificazione dei profili di complessità degli assistiti ai fini della determinazione dei livelli di assistenza in struttura intermedia, alla prevenzione e gestione lesioni da decubito, allo sviluppo di modelli innovativa relativi alla fisioterapia aspecifica, alla costruzione di un sistema di monitoraggio della qualità dell'assistenza con rilevazioni ad hoc;
- nel rafforzamento dell'integrazione del Presidio di Casatenovo con il sistema sanitario regionale attraverso percorsi di refertazione informatizzata e di sistema (Sistema SISS Regione Lombardia);
- 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;
  - o l'uso di strumenti di valutazione multidimensionale nella pianificazione dell'assistenza al paziente geriatrico;
- nel rafforzamento del processo di riorganizzazione dell'Istituto attraverso il completamento del riassetto organizzativo avviato con la revisione dei regolamenti di conferimento degli incarichi dirigenziali e posizioni organizzative;
- nell'introduzione del processo di informatizzazione delle richieste di approvvigionamenti dei reparti;

R0105800 - SOD TECNOLOGIE INFORMATICHE E TELEMATICHE		Responsabile : Ing. Mario Babini		BUDGET 2016			
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
	Aggiornamento tecnologico: Aggiornamento sistema informatico di Posta Elettronica dell'ente.	Aggiornamento sistema server di Posta Elettronica Exchange, dalla versione 2003 alla 2013. Consequente aggiornamento software Outlook, dalla versione 2003 alla 2007 sui PC che lo utilizzano. Scopo utilizzo nuove funzionalità e nuovi pacchetti Office di recente acquisto.	Aggiornamento dei 3 server virtuali coinvolti. Aggiornamento dell'100% dei PC con Outlook 2003, stimabile in n. 20 PC.	Vedi indicatore	15%	20%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Sicurezza informatica: Consolidamento e Virtualizzazione server Diabetologia e server Cartelle Cliniche.	Consolidamento dei 2 server Diabetologia e Cartelle Cliniche ormai a fine vita e fuori manutenzione, presenti presso la sala macchine di Montagnola. L'attività consiste nel virtualizzare i 2 server nel data- center principale dell'ente, aggiungendo quindi affidabilità e ridondanza.	Spegnimento dei 2 attuali server fisici presenti in sala macchine Montagnola. Verifica della continuità del servizio dai PC client del Centro Stampa.	Vedi indicatore entro il 30/09/2016	15%	20%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Uniformazione delle attrezzature informatiche esistenti	Progetto per la riconversione dei MAC attualmente in uso	Presentazione proposta di riconversione e/o di manutenzione degli stessi	entro il 30/09/2016	10%	10%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Aggiornamento tecnologico	Stesura progetto di riconversione della videoconferenza con modalità skype o equivalenti con analisi dei costi benefici delle due soluzioni	Presentazione progetto di riconversione	entro il 30/06/2016	10%	10%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Razionalizzazione Consumo Risorse	Analisi dell'attuale spesa per beni e servizi informatici e presentazione di una proposta per una loro riduzione del 30% da applicare dall' 01/07/2016, salvo modifiche normative	Presentazione della proposta	entro il 31/05/2016	5%		OBIETTIVO NON RAGGIUNTO
	Razionalizzazione consumo di risorse	Stesura progetto di razionalizzazione/diminuzione delle stampanti locali a favore di stampanti di piano	Presentazione progetto di riconversione con obiettivo di riduzione delle stampanti locali	entro il 30/04/2016	5%	5%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Razionalizzazione consumo di risorse	Riduzione utilizzo giornate sistemistiche	Riduzione del 20% rispetto alle giornate indicate nel contratto	numero giornate massimo 48	10%	10%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Razionalizzazione consumo di risorse	Stesura report sull'utilizzo della telefonia fissa e mobile	Presentazione di un progetto per la tracciabilità dei consumi provati	entro il 30/06/2016	5%	5%	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%	

R0105500 - SOSD AREA SISTEMI INFORMATIVI ATL	Responsabile :	BUDGET 2016							
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>	Razionalizzazione in ambito Atl del processo di gestione dell'attività Libero Professionale	Messa in esercizio del sistema informatico "Libera" di gestione della Libera professione unico per tutti i Presidi Inrca, gestione piano di parallelo, verifica dell'integrazione con il sistema delle paghe, verifica del processo.	Esercizio del sistema informatico Libera in tutti i Presidi Inrca nella fase di autorizzazione, nella fase di rendicontazione e nella fase di assegnazione compensi.	Vedi indicatore		10%	25%	obiettivo raggiunto	
	Implementazione software di gestione della cartella sociale	Analisi , realizzazione in modalità Web, test ed installazione dell' applicativo	Installazione del nuovo software	vedi indicatori		10%	20%	obiettivo raggiunto	
	Revisione regolamento buoni pasto in collaborazione con l'UO Personale	Implementazione sw per automazione conteggio e addebito in busta paga	Addebito in busta paga	entro 30/06/2016		10%	10%	obiettivo raggiunto	
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>	Informatizzazione gestione attività di progetto	Analisi funzionale degli applicativi in collaborazione con l'UO Ufficio per la Ricerca e UO Amministrazione della Ricerca	Analisi dei software già utilizzati dall'ente -Navision e Musa- per lo sviluppo di un applicativo per la gestione della reportistica progettuale	Analisi costi-benefici e valutazione delle offerte e assegnazione del lavoro		10%	15%	obiettivo raggiunto	
	Supporto allo sviluppo delle attività di Telemedicina	Supporto e consulenza per l'implementazione di attività di telemedicina	Predisposizione di una relazione sulle richieste del capo progetto entro i tempi concordati con il gruppo di coordinamento di Istituto	Vedi indicatore		10%		obiettivo raggiunto	
	Progetto di informatizzazione aziendale	Realizzazione della gara per l'implementazione del progetto di informatizzazione aziendale dell'area sanitaria e scientifica - in collaborazione con l'UO Acquisizione beni e servizi	Definizione del capitolato approvata dalla Direzione per l'avvio della gara	entro il 31/03/2016		15%		obiettivo non valutabile	
	Governo dei tempi di attesa in applicazione della DGR 808/2015	Supporto tecnico - informatico al fine di consentire alle UU.OO interessate. L'attività di prenotazione e ricetta dematerializzata per le richieste prescritte.	Presentazione di una relazione entro il 15/04/2016 contenente l'analisi delle criticità esistenti e le proposte di soluzione al fine di avviare l'attività entro il 15/05/2016	Vedi indicatore		10%	10%	obiettivo raggiunto	
<i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i>	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					25%	20%		

R0105300 - SOC AMMINISTRAZIONE E FINANZA ATL		Responsabile :		BUDGET 2016				
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
	Isituzione del Fondo Svalutazione Crediti nel bilancio di esercizio 2015	Attività di ricognizione dei crediti oggetto di svalutazione	Valorizzazione della relativa posta di bilancio	Entro la data di chiusura del bilancio d'esercizio 2015		20%	20%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Miglioramento attività di controllo contabile dei crediti/debiti	Chiusura dei sospesi di tesoreria (entrate ed uscite) con l'emissione dei relativi documenti giustificativi delle entrate e delle spese (reversali e mandati)	Emissione delle reversali e dei mandati a copertura	Entro il mese successivo a quello di riferimento per le operazioni gestite direttamente dall'UOC		20%	25%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Attuazione DGRM n. 536/2015 "Schede Percorso Attuativo della Certificabilità PAC" (Obiettivo in collaborazione con l'UO Acquisizione Beni e Servizi)	Azione di cui al punto D.1.4. Pac Immobilizzazioni	Predisposizione procedura sulla gestione dei beni mobili durevoli	Entro il 30/06/2016		20%	20%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Informatizzazione dei processi contabili-amministrativi	Informatizzazione e automazione report relativo ai pagamenti di oneri tramite modello F24	Elaborazione e utilizzo report da sistema Navision	entro il 28/02/2016		15%	15%	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%	

R0105200 - SOC AMMINISTRAZIONE RISORSE UMANE ATL		Responsabile : Dr.ssa Adriana D'Alba		BUDGET 2016				
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
	Restyling job time in collaborazione con le DAPO	up grading applicativo job time per aggiornamento normativo e ottimizzazione lettura cartellino	release n. 3 job time	messa a regime release n. 3 job time		10%	5%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Razionalizzazione in ambito At del processo di gestione dell'attività Libero Professionale	Messa in esercizio del sistema informatico "Libera" di gestione della Libera professione unico per tutti i Presidi Inrca, gestione piano di parallelo, verifica dell'integrazione con il sistema delle paghe, verifica del processo.	Esercizio del sistema informatico Libera in tutti i Presidi Inrca nella fase di autorizzazione, nella fase di rendicontazione e nella fase di assegnazione compensi.	Vedi indicatore		5%	5%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Definizione del nuovo assetto organizzativo aziendale	Conferimento incarichi dirigenziali secondo nuovi regolamenti e nuova organizzazione	conferimento incarichi entro 31/03/2017	vedi indicatore		10%	5%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Regolamento Emergenza Urgenza intraospedaliera	Stesura e adozione del Piano di emergenza urgenza omogeneizzando in un unico testo la regolamentazione di ogni POR e presidio del percorso di approvazione.	Invio del Piano	entro il 30/04/2016 e adozione dell'atto entro il 31/7/2016		5%	5%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Razionalizzazione consumo risorse	Mantenimento attività dell'ufficio senza appalto esterno relativo al trattamento economico stipendiale	Mantenimento dell'attività alla scadenza del contratto (maggio 2016) senza rinnovo dello stesso	vedi indicatore		5%	10%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Revisione posizioni organizzative anche in base al nuovo assetto organizzativo aziendale	Azioni propedeutiche alla definizione di una proposta di revisione dell'attuale assetto delle PO e dei Coordinamenti	Incontri verbalizzati con ciascuno dei Dipartimenti attualmente vigenti relativamente agli incarichi esistenti in una logica di analisi e proposta di mantenimento/rivisitazione di quelli vigenti	entro il 28/02/2017		10%	10%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Revisione regolamento buoni pasto in collaborazione con Sistema Informativi	Implementazione sw per automazione conteggio e addebito in busta paga	Addebito in busta paga	entro il 30/06/2016		5%	10%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Regolamento Orario di lavoro	Stesura e adozione del regolamento orario di lavoro per comparto e dirigenza a seguito del confronto sindacale	Determina di approvazione del regolamento	entro il 31/03/2017		10%	10%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Regolamento idoneità dipendenti	Stesura del regolamento che definisce il processo di individuazione dell'idoneità/inidoneità lavorativa dei dipendenti e successivo presidio e monitoraggio della sua applicazione - in collaborazione con Dip. Professioni Sanitarie, DMPO AN e SPP	stesura del regolamento definitivo	entro il 31/12/2016		5%	5%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Espletamento procedure di reclutamento finalizzate all'apertura di 8 posti letto per il reparto di Geriatria del Por di Ancona	Reclutamento personale necessario all'avvio delle attività	Reclutamento personale a data da concordare successivamente	Vedi indicatore		5%	5%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Contratti a progetto	Rispetto dei pagamenti relativi agli stipendi del personale a contratto a partire dal mese successivo alla sottoscrizione del contratto	100% del pagamento degli stipendi del personale a contratto, come previsto nella determina di assegnazione	vedi indicatore		5%	10%	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 - S OSD UFFICIO AFFARI GENERALI		Responsabile : Dr.ssa Micaela Tonucci		BUDGET 2016			
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
	PIANI AZIENDALI DEI VOLUMI DI ATTIVITA' (Piani Triennali) - In collaborazione con Dapo e DMPO Cosenza e Casatenovo	Stesura dei piani aziendali dei volumi di attività dei Presidi di Cosenza e Casatenovo	Stesura dei nuovi piani entro il 31/12/2016.	Approvazione con determina entro il 31/12/2016.	20%	5%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Razionalizzazione in ambito Ati del processo di gestione dell'attività Libero Professionale	Messa in esercizio del sistema informatico "Libera" di gestione della Libera professione unico per tutti i Presidi Inrca, gestione piano di parallelo, verifica dell'integrazione con il sistema delle paghe, verifica del processo.	Esercizio del sistema informatico Libera in tutti i Presidi Inrca nella fase di autorizzazione, nella fase di rendicontazione e nella fase di assegnazione compensi.	Vedi indicatore di performance	15%	15%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Supporto allo sviluppo delle attività di Telemedicina	Supporto e consulenza per l'implementazione di attività di telemedicina	Proposta di un regolamento generale sugli aspetti tariffari e contrattuali da presentare entro il 31/12/2016 con validazione del DA	vedi indicatore	10%		OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Manuale di gestione dei flussi documentali	Aggiornamento titolario di classificazione e massimario di scarto	Approvazione Determina	Approvazione con determina entro il 31/12/2016.	10%	15%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Attività Libero professionale - Revisione organizzativa dei processi di attribuzione delle responsabilità in collaborazioen con la DMPO	Ricognizione delle autorizzazioni e delle attribuzioni di responsabilità del procedimento assegnate	Determina di ricognizione	entro il 30/04/2016	10%	40%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Funzionamento commissione paritetica	Attivazione commissione paritetica secondo regolamento aziendale	Verbali di riunione della commissione paritetica	Vedi indicatore di performance	10%	5%	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%	

'D0103 - CENTRO SERVIZI AMMINISTRATIVI/TEC NICO/LOGISTICI		Responsabil e : Dott.ssa D'Alba		BUDGET 2016				
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPAR TO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
<i>Economico-finanziario</i>								
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>								
	Analisi Attività dipartimentali	Riorganizzazione delle attività assegnate al dipartimento	Proposta di riorganizzazione delle attività assegnate, evidenziando la possibile collocazione di talune attività anche al di fuori della competenza del coordinamento	Entro il 31/12/2016		35%		OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Attività dipartimentali	Gestione fondo del lavoro straordinario	Messa a regime di un sistema di assegnazione budget e gestione del fondo per il lavoro straordinario			30%		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					35%		

R0105400 - SOC ATTIVITA' TECNICHE NUOVE OPERE PATRIMONIO ATL		Responsabile : Ing. Sorcinelli Direttore Dipartimento: dr.ssa D'Alba		BUDGET 2016					
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
	Gestione energia elettrica	Gestione della fornitura della energia elettrica attraverso l'adesione a consip o la realizzazione di una gara	Aggiudicazione gara o adesione Consip	entro il 31/03/2016		5%	10%	obiettivo raggiunto	
	Affidamento dei lavori di manutenzione mediante accordi quadro ex art. 59 Codice degli Appalti	Stesura capitolato per gli affidamenti annuali di lavori e servizi in economia mediante il ricorso di ACCORDI QUADRO	Redazione capitolati per lavori di manutenzione ordinaria e straordinaria	entro il 31/12/2016		5%	10%	obiettivo raggiunto	
	Gestione informatizzata immobili	Creazione e aggiornamento di un fascicolo informatico corrispondente ad ogni immobile	Esistenza di un Albo di fascicoli informatici corrispondenti ad ogni immobile.	entro il 30/06/2016		5%	10%	obiettivo raggiunto	
	Comunicazione e SQM applicato all'interno dell'U.O.	Organizzare riunioni per tutto il personale con cadenza di due al mese	Registro informatizzato degli incontri interni all'U.O., secondo il modello audit SQM, verbalizzati, numerati e protocollati.	n. 24 verbali effettuate entro il 31/12/2016		10%	10%	obiettivo raggiunto	
	Rimozione copertura eternit presso l'archivio di Castelferretti	Messa in campo di tutte le attività necessarie alla conclusione dei lavori	Smantellamento cantiere	entro il 30/06/2016		5%	10%	obiettivo raggiunto	
	Valorizzazione patrimonio INRCA	Analisi degli affitti attualmente attivi e proposta di valorizzazione del patrimonio INRCA	Presentazione della proposta di valorizzazione del patrimonio	entro il 30/9/2016		10%	10%	obt non raggiunto. Non valutabilità per il comparto	
	RSR Appignano	Avvio dei lavori di ricostruzione della struttura residenziale di Appignano	Avvio dei lavori	entro 4 mesi dalla autorizzazione regionale		10%		obiettivo non raggiunto	
	Rispetto della programmazione nell'uso delle risorse	Rispetto del budget economico assegnato per le manutenzioni straordinarie, fatto salvo eventi imprevisti da autorizzare separatamente	Report a chiusura di bilancio a cura dell'UO Controllo di Gestione e UO Amministrazione e Finanza	vedi indicatore		10%	10%	obt raggiunto	
	Progetto trasferimento Ufficio Tecnico c/o Montagnola	Presentazione del progetto al fine di realizzare il trasferimento sede Ufficio tecnico e SPP	Trasferimento Ufficio Tecnico e SPP c/o Por Montagnola	entro il 31/12/2016		15%	10%	obt non valutabile	
<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%	

R0105600 - SOSP AMMINISTRAZIONE E DELLA RICERCA ATL		Responsabile : Dr.ssa Maria Grazia Palermi		BUDGET 2016				
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
	Corretta rendicontazione economica progetti di ricerca	vademecum per la corretta rendicontazione economica progetti di ricerca	stesura vademecum e inserimento nella cassetta degli attrezzi intranet	entro il 31/12/2016		25%	30%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	riunioni di start up per ciascun progetto di ricerca finanziato dal Ministero/Regione/UE /Fondazione	riunione di start-up con responsabile scientifico del progetto per la definizione degli obiettivi di ricerca, scadenze e periodi di rendicontazione.	Verbale riunione debitamente sottoscritto	vedi indicatore		25%	25%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Informatizzazione gestione attività di progetto	Analisi funzionale degli applicativi in collaborazione con l'UO Ufficio per la Ricerca e UO Sistemi Informativi	Analisi dei software già utilizzati dall'ente - Navision e Musa- per lo sviluppo di un applicativo per la gestione della reportistica progettuale	Analisi costi-benefici e valutazione delle offerte e assegnazione del lavoro		25%	25%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i>	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					25%	20%	

R0105100 - SOC ACQUISIZIONE BENI SERVIZI LOGISTICA ATL		Responsabile : Dr.ssa Nardi Veruschka		BUDGET 2016				
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
	Attuazione DGRM n. 536/2015 "Schede Percorso Attuativo della Certificabilità PAC"	Azione di cui al punto D.1.4. Pac Immobilizzazioni - obiettivo in collaborazione con l'UO Amministrazione e Finanza	Predisposizione regolamento sulla gestione dei beni mobili durevoli	entro il 30/06/2016		20%	5%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Redazione della determina degli acquisti in economia (sottosoglia) anno 2017 e successivi	Presentazione di una proposta di determina degli acquisti in economia 2017 e successivi	Presentazione della determina discussa con la Direzione e il Controllo di Gestione	entro il 31/12/2016		15%	20%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Redazione della determina della programmazione soprasoglia comunitaria anni 2017 e successivi	Presentazione di una proposta di determina per le procedure sopra soglia anno 2017 e successivi	Presentazione della determina discussa con la Direzione e il Controllo di Gestione	entro il 31/12/2016		10%	15%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Rispetto delle procedure relative alla trasparenza	Pubblicazione e aggiornamento dei dati relativi alla trasparenza	Adempimento nei termini previsti dal regolamento aziendale	entro il 31/12/2016		10%	30%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Razionalizzazione uso fotocopiatrici	Analisi delle fotocopiatrici esistenti al fine di valutare una loro razionalizzazione	Presentazione progetto di razionalizzazione e applicazione	Presentazione progetto entro il 30/06/2016		10%	5%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Progetto di informatizzazione aziendale	Realizzazione della gara per l'implementazione del progetto di informatizzazione aziendale dell'area sanitaria e scientifica - in collaborazione con l'UO Sistemi Informativi	Avvio della gara entro un mese dall'arrivo del capitolato	vedi indicatore		10%	5%	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%	

<b>R0101000 - SEGRETERIA DELLA DIREZIONE</b>		<b>BUDGET 2016</b>					
<b>SETTORE</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>AZIONI</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>VALORE OBIETTIVO</b>	<b>PESO DIRIGENZA</b>	<b>PESO COMPARTO</b>	<b>VALUTAZIONE 2° ISTANZA</b>
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>							
	Svolgimento dell'attività segreteriale del NIV/OIV	Attività segreteriale del NIV/OIV	verbali NIV/OIV	stesura dei verbali relativi a tutte le riunioni effettuate nell'anno.		40%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Procedure Qualità	Gestione della documentazione del QSM per l'area Amministrativa	Inserimento procedure QSM	Procedure QSM inserite		40%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i>	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					20%	

R2902200 - SOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESIDIO CT		Responsabile : Dott.ssa Adriana D'Alba		BUDGET 2016					
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>	Consolidamento del percorso relativo alla gestione del rischio clinico	Adempimento degli obiettivi e dei tempi del piano annuale Risk Management 2016 richiesto da Regione Lombardia che verrà redatto entro 31/03/2016	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 09/01/2017 del rendiconto dello stesso a Regione Lombardia.		15%	10%	obiettivo raggiunto	
	Mantenimento dei requisiti di sicurezza durante l'attività di miglioramento del confort alberghiero con conseguente riduzione della spesa energetica. Aumento di efficienza ed efficacia.	Interazione e collaborazione continua tra imprese appaltatrici, RUP, RSPP e Direzione Medica di Presidio (DRS) finalizzata alla schedulazione dei lavori e misure di sicurezza da attuare in ogni settore e in ogni epoca delle attività	Fruibilità della strutture sia nella parte ambulatoriale che in quella di degenza, mantenimento al 100% dei livelli di sicurezza per utenti e operatori	Riduzione contemporanea o puntuale non superiore al 20% degli spazi adibiti all'assistenza. Nessun incremento di rischio lavorativo a causa degli interventi strutturali.		25%	10%	obiettivo raggiunto	
	Servizio CUP/Front-office: efficienza nell'impiego delle risorse umane presenti in organico (a fronte della progressiva riduzione) per il mantenimento efficace del servizio	Razionalizzazione , formazione e istruzione di tutte le risorse umane afferenti al CUP/Front-office, attività finalizzata ad assicurare la permanente operatività del servizio	Apertura di un numero sufficiente di sportelli di servizio CUP/Front-office secondo standard adeguati: due sportelli CUP/Call center al mattino e uno sportello di Front-office pomeridiano (con funzioni anche di accettazione/cassa per le prestazioni private in L.P.)	Vedi indicatore		25%	40%	obiettivo raggiunto	
	PIANI AZIENDALI DEI VOLUMI DI ATTIVITA' (Piani Triennali) - In collaborazione con Dapo Cosenza e U.O. Affari Generali	Stesura dei piani aziendali dei volumi di attività dei Presidi di Cosenza e Casatenovo	Stesura dei nuovi piani entro il 31/12/2016.	Approvazione con determina entro il 31/12/2016.		10%	20%	obiettivo raggiunto	
<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	Responsabile : dr. Pichierrì	BUDGET 2016						
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza,</i>								
	Azione di supporto necessaria all'offerta sanitaria ed alla attività ambulatoriale del Presidio in funzione della Mission dell'Istituto.	Sostegno alle U.O.C. del P.O.R. per la valorizzazione del Presidio ed il raggiungimento degli obiettivi	Effettiva integrazione con il CUP A.S.P./A.O. di Cosenza per la realizzazione dell'Agenda Unica	Vedi Indicatore		10%	20%	obiettivo raggiunto
	Promozione dell'offerta sanitaria del P.O.R. attraverso il coinvolgimento di Istituzioni e/o Associazioni Socio-Sanitarie operanti sul territorio.	Ricerca e realizzazione di intese rivolte al coinvolgimento di nuovi utenti per l'utilizzazione e l'incremento delle attività del P.O.R.	Almeno n°1 intesa/convenzione/lettera di intenti (Entro e non oltre settembre 2016)	Vedi Indicatore		20%		obiettivo raggiunto
	Razionalizzazione dell'organizzazione delle attività di medicina del laboratorio	Predisposizione di un documento in collaborazione con DMPO, DAPO e Direzione Dipartimento per l'evoluzione del laboratorio secondo le linee di indirizzo della Regione Calabria	Predisposizione del documento entro il 30/04/2016 con individuazione delle potenziali criticità e delle relative possibili soluzioni	vedi indicatore	0	15%		obiettivo raggiunto
	Formazione	Realizzazione di un seminario rivolto al Personale afferente DAPO, avente per oggetto:"Legge Madia: Il nuovo scenario alla luce della riforma della P.A." con docente interno	Almeno n°1 incontro tematico (Entro e non oltre 30/09/2016)	Vedi Indicatore		20%	50%	obiettivo raggiunto
	PIANI AZIENDALI DEI VOLUMI DI ATTIVITA' (Piani Triennali) - In collaborazione con Dapo Casatenovo e U.O. Affari Generali	Stesura dei piani aziendali dei volumi di attività dei Presidi di Cosenza e Casatenovo	Stesura dei nuovi piani entro il 31/12/2016.	Approvazione con determina entro il 31/12/2016.		10%	10%	obiettivo raggiunto
<i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i>	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%

R3612200 - SOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESID AN FE AP		Responsabile : Dr.ssa Maria Grazia Palermi		BUDGET 2016					
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
	Regolamento presenze in ospedale in collaborazione con la DMPO	Mappatura di tutte le fattispecie possibili di presenza in ospedale a titolo di lavoro e supporto e regolamentazione di accesso per ciascuna fattispecie	stesura regolamento accesso in ospedale per prestatori di lavoro, stagisti, formazione, supporto, ecc	vedi indicatore		5%	15%	obiettivo raggiunto	
	Restyling job time in collaborazione con l'UO Amministrazione Risorse Umane	up grading applicativo job time per aggiornamento normativo e ottimizzazione lettura cartellino	release n. 3 job time	messa a regime release n. 3 job time		10%	15%	obiettivo raggiunto	
	Comunicazione puntuale e completa della situazione oraria e di ferie dei dipendenti DAPO e PST	Invio mensile ai coordinatori/responsabili della situazione oraria e di ferie di ciascun dipendente raggruppato per CdC	Mail inviate mensilmente a ciascun reparto/servizio con i riepiloghi	Mail inviate a ciascun reparto/servizio con i riepiloghi per ciascun mese pari al 100%		5%	10%	obiettivo raggiunto	
	Razionalizzazione in ambito amministrativo del processo di gestione dell'attività Libero Professionale	Messa in esercizio del sistema informatico "Libera" di gestione della Libera professione unico per tutti i Presidi Inrca, gestione piano di parallelo, verifica dell'integrazione con il sistema delle paghe, verifica del processo.	Esercizio del sistema informatico Libera in tutti i Presidi Inrca nella fase di autorizzazione, nella fase di rendicontazione e nella fase di assegnazione compensi.	Vedi indicatore		10%	15%	obiettivo raggiunto	
	Recall liste d'attesa	telefonare a cadenza settimanale ai prenotati su n. 2 liste CUP (da definire con la DMPO)	n. telefonate e n. slot recuperati	n. appuntamenti recuperati pari ad almeno il 10% dei prenotati		5%	15%	non valutabile. Il peso va distribuito sugli altri obiettivi. Sterilizzato in quanto già presente come obiettivo di budget	
	Supporto allo sviluppo delle attività di Telemedicina	Supporto e consulenza per l'implementazione di attività di telemedicina	Proposta di un regolamento generale sugli aspetti tariffari e contrattuali da presentare entro il 31/12/2016 con validazione del DA	vedi indicatore		5%		obiettivo raggiunto	
	Razionalizzazione dell'offerta	Realizzazione del documento da presentare in Regione Marche relativamente allo "status" del PPI con il supporto della Direzione Sanitaria	Presentazione della proposta di documento/nota da inviare alla Regione Marche	entro il 15/03/2016		5%		obiettivo raggiunto	
	Integrazione Inrca / ASUR/ Osimo	Atto amministrativo tra ASUR e INRCA al fine di regolare gli aspetti giuridico-economico dell'integrazione	Proposta di atto amministrativo	Entro il 30/04/2016		10%		obiettivo raggiunto	
	Integrazione Inrca / ASUR/ Osimo	Regolamento relativo alle responsabilità del Direttore della UOCI e alla gestione amministrativa e legale delle attività	Stesura del regolamento	Entro il 31/03/2016		10%		obiettivo raggiunto	
	Predisposizione di un nuovo modello INRCA di gestione del rischio clinico in collaborazione con DMPO AN e dott. Aldo Ricci, Farmacia, RSPP, Fisica Sanitaria, DPS, Comunicazione/Urp	A) Analisi fonti di segnalazione attuali B) predisposizione nuovi modelli e moduli di segnalazione eventi e quasi eventi C) Proposta di organizzazione CO.GE.RI e revisione organizzazione CO.VA.SI	Produzione del documento documento	Prima bozza entro 30 aprile 2016		5%		obiettivo raggiunto	
	Governo dei tempi di attesa in applicazione della DGR 808/2015 - in collaborazione con DMPO	Supporto al monitoraggio dell'aumento degli slot 2016 e calcolo del numero di ricette e prestazioni dematerializzate	Calcolo degli slot prestazioni monitorate, degli slot attivati, del numero di ricette e prestazioni dematerializzate	vedi indicatore		5%	10%	obiettivo raggiunto	
Sviluppo e innovazione dei	Schema di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%	

R0103300 - DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE		Responsabile : Dr. Marinelli		BUDGET 2016				
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Identificazione dei profili di complessità degli assistiti ai fini della determinazione dei livelli di assistenza in struttura intermedia	Sperimentazione in struttura intermedia INRCA (Residenza Dorica) del modello di classificazione dei profili di complessità assistenziale di cui alla D.G.R. Lombardia 3383/2014	1) Identificazione studio e interpretazione applicativa degli strumenti per lo studio 2) Rilevazione dati presso struttura intermedia Residenza Dorica 3) Elaborazione e diffusione dei risultati	1 presentazione del progetto; 2 Rilevazione dei dati per un trimestre; 3 Elaborazione dati Il tutto entro il 31/12		15%	20%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali correlati alla prevenzione e gestione lesioni da decubito	1 Revisione e aggiornamento procedura aziendale di riferimento. 2 Rilevazione della qualità dell'assistenza nella prevenzione e trattamento Ldd (2 indagini di prevalenza)	1 Espletamento attività di rilevazione raccolta criticità e formulazione proposte nelle unità operative di degenza (gruppi di lavoro multidisciplinari di UU.OO.); 2 Attivazione di gruppo di lavoro multidisciplinare per la revisione e aggiornamento procedura aziendale. (1 Componente di UU.OO. - 1 di Dipartimento - 1 di P.O.R.) 3 Indagine di prevalenza per il monitoraggio degli esiti assistenziali in relazione alla prevenzione e gestione ldd (Servizi di direzione Medica e infermieristica)	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) <b>Fonte dati:</b> Verbale riunione/i e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. <b>Modalità di rilevazione:</b> Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. <b>Criterio di calcolo:</b> % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2 Produzione di una bozza di procedura aziendale revisionata e aggiornata da parte del gruppo di lavoro multidisciplinare. <b>Fonte dati:</b> Procedura aziendale revisionata e aggiornata approvata e pubblicata nel QSM 3 Espletamento di 2 indagini di prevalenza per il monitoraggio degli esiti assistenziali correlati alla prevenzione e gestione delle ldd attraverso format predisposto dalla DPS <b>Fonte dati:</b> n. 1° indagine nel primo Semestre, 2° indagine nel secondo semestre <b>Modalità di rilevazione:</b> Relazione e diffusione dati indagini di prevalenza espletate su format predisposto dalla DPS		15%	40%	obiettivo raggiunto
	Collaborazione a Sviluppo modelli innovativi	Predisposizione di un progetto di fisioterapia aspecifica diffusa differenziato per UO. In collaborazione con Medicina riabilitativa e DMPO	Presentazione del progetto entro il 30/03/2016 avvio delle attività entro il 30/04/2016	vedi indicatore		15%	10%	obiettivo raggiunto al 50% (documento) e obiettivo non valutabile al restante 50% (avvio attività)
	Apertura di 8 posti letto per il reparto di Geriatria del Por di Ancona	Reclutamento personale necessario all'avvio delle attività	Reclutamento personale con data da concordare successivamente	Vedi indicatore		15%		obiettivo raggiunto
	Costruzione di un sistema di monitoraggio della qualità dell'assistenza con rilevazioni ad hoc	Costruzione di un sistema di monitoraggio con DMPO su: Lesioni da decubito Infezioni urinarie	Messa a punto del sistema entro il 31/12/2016 con produzione di 2 report semestrali con evidenziazione degli esiti	vedi indicatore		15%	10%	obiettivo raggiunto
	Predisposizione di un nuovo modello INRCA di gestione del rischio clinico in collaborazione con DMPO AN e dott. Aldo Ricci, Farmacia, RSPP, Fisica Sanitaria,	A) Analisi fonti di segnalazione attuali B) predisposizione nuovi modelli e moduli di segnalazione eventi e quasi eventi C) Proposta di organizzazione CO.GE.RI e revisione	Produzione del documento documento	Prima bozza entro 30 aprile 2016				obiettivo raggiunto
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 2016				
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>	Valutazione preventiva ed ottimizzazione radioprotezionistica in ottemperanza alle Linee Guida GU 261 del 09.11.2015	Analisi delle dosi impartite per ogni macchina e per ogni prestazione con verifica di coerenza con gli LDR	N° delle macchine verificate per ogni POR	>90%		20%		obiettivo raggiunto
	Analisi della tecnologia disponibile presso il Presidio di Osimo per una attività integrata con il Por di Ancona	Analisi delle tecnologie disponibili presso il presidio di Osimo	Predisposizione di un documento da presentare al Board	Entro il 15/06/2016		15%		obiettivo non raggiunto
	Gestione richieste attrezzature da sottoporre al board	aggiornamento e analisi delle priorità delle richieste di acquisizione ricevute	predisposizione di documenti da sottoporre al Board	Presentazione di un documento con cadenza trimestrale.		20%		obiettivo raggiunto
	Supporto allo sviluppo delle attività di Telemedicina	Supporto e consulenza per l'implementazione di attività di telemedicina	Predisposizione di una relazione sulle richieste dei singoli Responsabili di progetto entro i tempi concordati con il gruppo di coordinamento di Istituto (verifica fatta con il coinvolgimento con il/i Responsabile/i della linea progettuale)	Avvio del progetto nei tempi previsti negli obiettivi assegnati alle UU.OO. dei capi progetto		20%		obiettivo raggiunto
	Predisposizione di un nuovo modello INRCA di gestione del rischio clinico in collaborazione con DMPO AN e dott. Aldo Ricci, Farmacia, RSPP, Fisica Sanitaria, DPS, Comunicazione/Urp	A) Analisi fonti di segnalazione attuali B) predisposizione nuovi modelli e moduli di segnalazione eventi e quasi eventi C) Proposta di organizzazione CO.GE.RI e revisione organizzazione CO.VA.SI	Produzione del documento documento	Prima bozza entro 30 aprile 2016				obiettivo raggiunto
<i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i>	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					25%	20%	

R0105000 - SOC AFFARI LEGALIE CONTENZIOSO	Responsabile : Dr.ssa Irene Leonelli	BUDGET 2016					
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>	Predisposizione di un nuovo modello INRCA di gestione del rischio clinico in collaborazione con DMPO AN e dott. Aldo Ricci, Farmacia, RSPP, Fisica Sanitaria, DPS, Comunicazione/Urp	A) Analisi fonti di segnalazione attuali B) predisposizione nuovi modelli e moduli di segnalazione eventi e quasi eventi C) Proposta di organizzazione CO.GE.RI e revisione organizzazione CO.VA.SI	Produzione del documento documento	Prima bozza entro 30 aprile 2016	15%	20%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Eventi formativi in materia assicurativa	Predisposizione di eventi formativi in materia assicurativa	Progettazione e realizzazione di eventi formativi	Almeno 2 diverse edizioni entro il 31.12.2016	10%	15%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Vademecum bollo DPR 642/72 Modalità Operative	Predisposizione del vademecum	Pubblicazione Intranet del Vademecum	Entro il 31.12.2016	10%	15%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Diffusione conoscenza normativa	Realizzazione eventi formativi in tema di novità normative	Realizzazione di almeno tre eventi di aggiornamento normativo	Entro il 31.12.2016	10%	30%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Razionalizzazione attività UO	Monitoraggio costante dell'attività di transazione, accantonamento rischi, costituzione in giudizio, presentazione in appello a supporto della Direzione Generale	Invio note puntuali con individuazione delle percentuali di rischio per ciascuna delle attività di cui all'azione	Invio note alla Direzione Generale	30%		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%	

R0102500 SOSD LABORATORIO DI BIOINFORMATICA, BIOINGEGNERIA E		Responsabile : Ing. Lorena Rossi Direttore Dipartimento: Avvocato Irene Leonelli		BUDGET 2016					
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° Istanza	
<i>Economico-finanziario</i>									
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>	Revisione e sviluppo di modelli operativi ed organizzativi innovativi - Obiettivo in comune tra DMPO, CRESI, Medicina Riabilitativa e Laboratorio Bioinformatica	Individuazione (ed attuazione) di sperimentazioni gestionali all'interno di Casamica	Redazione di un piano ed attivazione di una sperimentazione. Redazione di un regolamento.	Redazione del piano e del regolamento ed attuazione di una sperimentazione entro dicembre 2016		15%	15%	Obiettivo raggiunto.	
	Ricerca traslazionale	Sviluppo percorsi di coinvolgimento dei privati	Predisposizione di progetti di ricerca in collaborazione con aziende	Presentazione di almeno 2 progetti		15%	20%	Obiettivo raggiunto.	
	Produzione scientifica	Incremento della produzione scientifica	Punteggio IF	Almeno 12 punti di I.F.	12	10%	15%	Obiettivo raggiunto.	
	Supporto allo sviluppo delle attività di Telemedicina	Supporto e consulenza per l'implementazione di attività di telemedicina	Predisposizione di una relazione sulle richieste dei singoli Responsabili di progetto entro i tempi concordati con il gruppo di coordinamento di Istituto (verifica fatta con il coinvolgimento con il/i Responsabile/i della linea progettuale)	Avvio del progetto nei tempi previsti negli obiettivi assegnati alle UU.OO. dei capi progetto		10%		Obiettivo raggiunto.	
	Revisione e sviluppo di modelli operativi ed organizzativi innovativi	Individuazione e realizzazione di percorsi e processi integrabili nel piano demenze in relazione alla sicurezza a domicilio dei pazienti con demenza in coerenza con il mandato degli altri gruppi che operano sulle demenze con obt di bdg 2016 (Neurologia An, Geriatria Fm)	Predisposizione di un documento e di un percorso formativo sul tema della tecnologie a supporto dei pazienti con demenza a domicilio	Redazione del documento ed attivazione di un edizione del percorso formativo per operatori		10%	15%	Obiettivo raggiunto.	
	Area scientifica-attività di ricerca	Studio su donne con osteoporosi progetto "Fior di Loto"	pubblicazione scientifica	sottomissione a rivista scientifica		15%	15%	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%		

<b>R0102400 - SOSD LABORATORIO DI STUDIO E RICERCA IN BIostatistica</b>		<b>Responsabile : dott. Corsonello Direttore Dipartimento: Irene Leonelli</b>		<b>BUDGET 2016</b>				
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIO NE 1° ISTANZA
<i>Economico-finanziario</i>								
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>	Ricerca	Pubblicazioni su riviste con IF	IF	8,00	42,00	20%		OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Analisi dati	Supporto alla direzione scientifica per l'analisi dei dati	5 Analisi dati con produzione di 5 draft di pubblicazioni su almeno 3 database già esistenti	produzione di 5 draft entro il 31/12/2016		20%		OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Formazione	Corso teorico-pratico di epidemiologia accreditato ECM	svolgimento del corso	svolgimento del corso		20%		OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Revisione Cruscotto Aziendale di indicatori	Costruzione di una proposta di indicatori clinici e di ricerca, ad integrazione dell'attuale cruscotto aziendale, da presentare alle direzioni. In collaborazione con DMPO AN, Direzione Sanitaria, UO Ufficio della Ricerca, UO Controllo di Gestione.	Presentazione proposta	vedi indicatore		15%		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%	

R0102300 - SOSD SCUOLA DI ALTA FORMAZIONE		Responsabile : <i>Dr.ssa Lorena Rossi</i> Direttore Dipartimento: <i>avv. Leonelli</i>		BUDGET 2016					
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>	Rafforzamento della relazione con il territorio locale e regionale attraverso l'organizzazione di corsi e seminari specifici	organizzazione di corsi/incontri con i cittadini presso le circoscrizioni su temi specifici come ad esempio: amilenziazione, esercizio fisico, demenza..	organizzazione corsi	almeno 3		25%	25%	OBIETTIVO RAGGIUNTO	
	Rafforzamento dei percorsi di ricerca traslazionale attraverso la partecipazione della UO al trial SPRINTT	collaborazione allo svolgimento delle attività del trial	gestione organizzativa del gruppo di controllo come previsto da protocollo	almeno 6 incontri verbalizzati del gruppo		15%	20%	OBIETTIVO RAGGIUNTO	
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>									
	Sviluppo UO Alta Formazione	Piano di sviluppo delle attività della UO	Presentazione report	Entro il 30/11/2016		20%	20%	OBIETTIVO RAGGIUNTO	
	Promozione del Brand Inrca	Analisi e proposta relativa alla realizzazione di un "portafoglio" formativo offerto dall'Istituto all'esterno riguardante le attività caratterizzanti l'Inrca	Presentazione della proposta con individuazione dei percorsi formativi da offrire	entro il 30/11/2016		15%	15%	OBIETTIVO RAGGIUNTO	
<i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i>	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					25%	20%		

<b>R0102100 - SOS OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO</b>		<b>Responsabile : Dr.ssa Norma Barbini Direttore Dipartimento:</b>		<b>BUDGET 2016</b>				
<b>SETTORE</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>AZIONI</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>VALORE OBIETTIVO</b>	<b>VALORE CONSUNTIVO</b>	<b>PESO DIRIGENZA</b>	<b>PESO COMPARTO</b>	<b>VALUTAZIONE 2° ISTANZA</b>
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>	Valutazione del benessere organizzativo.	Azioni di rilevazione del benessere organizzativo all'interno dell'Istituto mediante questionario on-line.	Supporto all'implementazione del sistema on-line di somministrazione del questionario sul "clima interno" basato sul protocollo d'indagine della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.	Realizzazione della indagine di rilevazione del "clima interno" secondo le fasi progettuali previste dal Protocollo d'indagine		20%		OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Comunicazione interna - esterna	Promuovere interventi per migliorare la comunicazione su tematiche di interesse dell'Istituto, utilizzando i canali comunicativi dell'Ente.	Realizzazione di almeno un evento comunicativo	Realizzazione di almeno un evento comunicativo a tutto l'Istituto (es. newsletter, inrca-talk, ecc)		10%		OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Predisposizione di un nuovo modello INRCA di gestione del rischio clinico in collaborazione con DMPO AN e dott. Aldo Ricci, Farmacia, RSPP, Fisica Sanitaria, DPS, Comunicazione/Urp	A) Analisi fonti di segnalazione attuali B) predisposizione nuovi modelli e moduli di segnalazione eventi e quasi eventi C) Proposta di organizzazione CO.GE.RI e revisione organizzazione CO.VA.SI	Produzione del documento documento	Prima bozza entro 30 aprile 2016		10%		OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Ricerca a progetto: capacità di attrarre risorse	Sviluppo di collaborazioni con ricercatori di centri di ricerca nazionali / internazionali	Stesura di progetti di ricerca nell'area di riferimento e sottomissione per finanziamento pubblico o privato	Presentazione di almeno 1 progetto agli enti finanziatori		20%		OBIETTIVO RAGGIUNTO
	PRODUZIONE SCIENTIFICA	Punteggio IF	Punteggio IF	2	2	15%		OBIETTIVO RAGGIUNTO
<i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i>						25%		

R010200 SOS UFFICIO PER LA RICERCA, INNOVAZIONE ED IL TRASFERIMENTO		Responsabile : Dr.ssa Silvia Bustacchini Direttore Dipartimento: Avv Irene Leonelli		BUDGET 2016				
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>	RICERCA A PROGETTO	Partecipazione a bandi per ricerca a progetto	Supporto per le attività di presentazione per almeno tre progetti nel corso del 2016	Vedi indicatore		10%		OBIETTIVO RAGGIUNTO
	PARTECIPAZIONE A STUDI CLINICI	Implementazione di studi e sperimentazioni cliniche	Implementazione di almeno tre studi nel corso del 2016	Vedi indicatore		10%	0%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	RICERCA TRASLAZIONALE	Sviluppo ed implementazione di reportistica periodica relativa a dati e valutazioni condotte nell'ambito del progetto REPORT-AGE, da condividere con UO cliniche e gestionali	Produzione di tre report nel corso del 2016 con organizzazione di incontri di disseminazione	Vedi indicatore		5%	20%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	PERCORSO DI VALORIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' DI BIBLIOTECA SCIENTIFICA	Sviluppo piano di promozione della biblioteca scientifica e delle banche dati/servizi librari	Presentazione documento entro 30/11/2016	Vedi indicatore		5%	50%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	PROGETTO "BOLLINO D'ARGENTO"	Definizione di set di indicatori e standard per l'accreditamento all'eccellenza di strutture residenziali per anziani	Startup di progetto	entro 31/07/2016		10%	10%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Revisione Cruscotto Aziendale di indicatori	Costruzione di una proposta di indicatori clinici e di ricerca, ad integrazione dell'attuale cruscotto aziendale, da presentare alle direzioni. In collaborazione con DMPO AN, Direzione Sanitaria, UO Controllo di gestione, UO Biostatistica.	Presentazione proposta	Vedi indicatore		10%		OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Informatizzazione gestione attività di progetto	Analisi funzionale degli applicativi in collaborazione con l'UO Amministrazione della Ricerca e UO Sistemi Informativi	Analisi dei software già utilizzati dall'ente -Navision e Musa- per lo sviluppo di un applicativo per la gestione della reportistica progettuale	Analisi costi-benefici e valutazione delle offerte e assegnazione del lavoro		10%		OBIETTIVO RAGGIUNTO
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>	PRODUZIONE SCIENTIFICA	Punteggio IF	Punteggio IF	12	44	15%		OBIETTIVO RAGGIUNTO
<i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i>						25%	20%	

R0101800 - SOSD SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE		BUDGET 2016						
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
<i>Economico-finanziario</i>								
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>	Valutazione del benessere organizzativo.	Rilevazione del benessere organizzativo all'interno dell'Istituto mediante questionario on-line.	Supporto all'implementazione del sistema on-line di somministrazione del questionario sul "clima interno" basato sul protocollo d'indagine della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.	Realizzazione della indagine di rilevazione del "clima interno" secondo le fasi progettuali previste dal Protocollo d'indagine.	Fornito pieno supporto all'implementazione del sistema on-line di somministrazione del questionario della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Diffusione e compilazione on-line del questionario ai lavoratori. Le risultanze dell'indagine sono state pubblicate nel sito Aziendale.	20%	20%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Predisposizione di un nuovo modello INRCA di gestione del rischio clinico in collaborazione con DMPO AN e dott. Aldo Ricci, Farmacia, RSPP, Fisica Sanitaria, DPS, Comunicazione/Urp	A) Analisi fonti di segnalazione attuali B) predisposizione nuovi modelli e moduli di segnalazione eventi e quasi eventi C) Proposta di organizzazione CO.GE.RI e revisione organizzazione CO.VA.SI	Produzione del documento documento	Prima bozza entro 30 aprile 2016		20%	20%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Gestione del personale - formazione sulla sicurezza	Promozione della M.I003.SPP sulla formazione della sicurezza dei lavoratori (neo assunti, trasferiti, cambio mansioni).	Monitoraggio dell'accesso dei lavoratori alla formazione sulla sicurezza richiesta dalla IO.	Coordinamento sulla modalità di applicazione della IO con le figure preposte. Eventuale aggiornamento della IO e/o produzione di una IO/PO migliorativa del processo.		20%	20%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Regolamento idoneità dipendenti	Partecipazione e supporto alla stesura del regolamento che definisce il processo di individuazione dell'idoneità/inidoneità lavorativa dei dipendenti e successivo presidio e monitoraggio della sua applicazione - in collaborazione con Dip. Professioni Sanitarie, DMPO AN e UO ARU	stesura del regolamento definitivo	entro il 31/12/2016		15%	20%	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%	

<b>'R0101700 - SOSD FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE</b>		<b>Responsabile : Paola Fioravanti</b>		<b>BUDGET 2016</b>				
<b>SETTORE</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>AZIONI</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>VALORE OBIETTIVO</b>	<b>VALORE CONSUNTIVO</b>	<b>PESO DIRIGENZA</b>	<b>PESO COMPARTO</b>	<b>VALUTAZIONE 2° ISTANZA</b>
<i>Economico-finanziario</i>								
	Attuazione Piano Formativo Aziendale (PFA) 2016	Progettazione di tre percorsi formativi proposti dalla Direzione Aziendale in tema di (1) rischio clinico (2) budget e valutazione della performance (3) applicazione dei contratti del SSN	elaborazione, accreditamento ECM e realizzazione dei tre progetti formativi indicati. Il corso sull'applicazione dei contratti potrà essere realizzato entro il 15/02/2017	100%		10%	10%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>	Accreditamento definitivo dell'INRCA come provider ECM (*)	coordinamento delle attività preparatorie e gestione degli audit Ente Certificatore	ricoscimento dell'accREDITamento standard	100%		15%	15%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Elaborazione del regolamento per la concessione del patrocinio e l'utilizzo del logo INRCA	stesura del regolamento	proposta dell'atto di approvazione del regolamento (determina del Direttore Generale)	100%		20%	20%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>								
	Formazione	Analisi dell'attività formativa effettuata dal 2010 ad oggi	Presentazione analisi	Entro il 30/09/2016		15%	20%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Formazione	Avvio corsi Corso FAD	Almeno 3 entro il 31/12/2016 di cui 1 di medical english	Entro il 31/12/2016		15%	15%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
<i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i>	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					25%	20%	

R0101600 - SOSD COMUNICAZIONE/URP		BUDGET 2016						
Responsabile : avv. Leonelli								
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE E 2° ISTANZA
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>								
	Presentazione dei dati relativi ai reclami entro il 31.01.2016 e collaborazione per adozione del nuovo sistema di gestione del rischio clinico e Revisione Procedura Reclami e Inserimento nel QS....	Presentazione report e revisione procedura reclami	Numero 1 macro-aggiornamento che consideri vari livelli di gravità dei reclami e contestualmente li colleghi ad un percorso di gestione del rischio clinico	100% degli aggiornamenti richiesti sulla base delle azioni scaturite		15%	15%	obiettivo raggiunto
	Promozione attività INRCA sui principali media (carta stampata, online e televisioni)	Elaborazione articoli e contatti con redazioni per la copertura mediatica di eventi aziendali	Numero di eventi aziendali diffusi tra i mass media	95% degli eventi aziendali coperti		15%	15%	obiettivo raggiunto
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>								
	Predisposizione di un nuovo modello INRCA di gestione del rischio clinico in collaborazione con DMPO AN e dott. Aldo Ricci, Farmacia, RSPP, Fisica Sanitaria, DPS, Comunicazione/UrP	A) Analisi fonti di segnalazione attuali B) predisposizione nuovi modelli e moduli di segnalazione eventi e quasi eventi C) Proposta di organizzazione C.O.GE.RI e revisione organizzazione C.O.VA.SI	Produzione del documento documento	Prima bozza entro 30 aprile 2016		15%	10%	obiettivo raggiunto
	Comunicazione interna	Condivisione delle maggiori news riguardanti l'istituto	Invio giornaliero alla mailing list delle direzioni delle news/progetti/convegni	vedi indicatore a partire dal 01/03/2016		15%	20%	obiettivo raggiunto
	Crisis management	Piano di azione per il crisis management	Stesura di un piano di azione per la gestione delle news riguardanti l'INRCA	vedi indicatore entro il 31/03/2016		15%	20%	obiettivo raggiunto
<i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i>		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi				25%	20%	

<b>R0101100 - DPRO PROGETTAZIONE E SVILUPPO DEI SISTEMI INFORMATIVE TELEMATICI</b>		<b>Responsabile : Dr.ssa Arzeni</b>		<b>BUDGET 2016</b>				
<b>SETTORE</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>AZIONI</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>VALORE OBIETTIV O</b>	<b>VALORE CONSUNTIV O</b>	<b>PESO DIRIGENZ A</b>	<b>PESO COMPARTO</b>	<b>VALUTAZIONE 2° ISTANZA</b>
<i>Economico-finanziario</i>								
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>	Progetto Fascicolo Sanitario elettronico - Lotto 1: infrastruttura data center , anagrafe, cataloghi unici, infrastruttura fse	Verifica e attuazione delle attività previste a livello aziendale e relativo coordinamento dei gruppi aziendali individuati	implementazione del progetto al contesto Inrca in base alle indicazioni dei gruppi interaziendali e regionali	Report entro il 31/12/2016		25%	30%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Progetto Fascicolo Sanitario elettronico - Lotto 2: Network di diagnostica per immagini ( Ris unico)	Verifica e attuazione delle attività previste a livello aziendale e relativo coordinamento dei gruppi aziendali individuati	implementazione del progetto al contesto Inrca in base alle indicazioni dei gruppi interaziendali e regionali	Report entro il 31/12/2016		25%	25%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Progetto Fascicolo Sanitario elettronico - Lotto 3: Sistema di Laboratorio analisi unico	Verifica e attuazione delle attività previste a livello aziendale e relativo coordinamento dei gruppi aziendali individuati	implementazione del progetto al contesto Inrca in base alle indicazioni dei gruppi interaziendali e regionali	Report entro il 31/12/2016		25%	25%	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%	

R0100400 - PO SEGRETERIA DELLA DIREZIONE SCIENTIFICA		BUDGET 2016						
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE E 2° ISTANZA
<i>Economico-finanziario</i>								
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>	Segreteria all'Organo Istituzionale CIV	Stesura e gestione dei verbali	n. verbali approvati	vedi indicatori			25%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Riunioni di start up per ciascun progetto di ricerca finanziato dal Ministero/Regione/UE/Fondazioni e	Riunione di start-up con responsabile scientifico del progetto per la definizione degli obiettivi di ricerca, scadenze e periodi di rendicontazione	Partecipazione alle riunioni tra Responsabile Scientifico Progetto e Responsabile UO amministrazione Ricerca	Presenza riunioni (80%) attestate dal Responsabile UO Amministrazione Ricerca			25%	OBIETTIVO RAGGIUNTO
	Gestione rapporti Ministero della salute - Workflow della Ricerca	Caricamento flusso informativo richiesto	Rispetto delle scadenze	vedi indicatori			30%	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%	

<b>R0101500 - SOC CONTROLLO DI GESTIONE, PROGRAMMAZIONE, FLUSSI INFORMATIVI</b>		<b>Responsabile: dott. Roberto Di Ruscio</b>		<b>BUDGET 2016</b>				
<b>SETTORE</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>AZIONI</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>VALORE OBIETTIVO</b>	<b>VALORE CONSUNTIVO</b>	<b>PESO DIRIGENZA</b>	<b>PESO COMPARTO</b>	<b>VALUTAZIONE 2° ISTANZA</b>
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>								
	Revisione Cruscotto Aziendale di indicatori	Costruzione di una proposta di indicatori clinici e di ricerca, ad integrazione dell'attuale cruscotto aziendale, da presentare alle direzioni. In collaborazione con DMPO AN, Direzione Sanitaria, UO Ufficio della Ricerca, UO Biostatistica.	Presentazione proposta	vedi indicatore		20%	20%	obt raggiunto
	Integrazione Inrca / osimo	Definizione di un cruscotto di indicatori che censiscano le attività derivanti dall'Integrazione Inrca Osimo. In collaborazione con DMPO Marche	attivazione cruscotto	entro 30/06/2016		15%	20%	obt non valutabile
	Percorso di valutazione del personale	Analisi degli attuali sistemi di valutazione del personale, sia dal punto di vista professionale (collegi tecnici) che gestionale (scheda di valutazione individuale), al fine di raccogliere in un unico percorso tutti i processi esistenti. In collaborazione con l'UO Amministrazione Risorse Umane e OIV	Stesura di un documento di analisi e della proposta di unificazione.	Entro il 30/09/2016		20%	20%	obt raggiunto
	Analisi dei costi diretti e indiretti dell'attività libero professionale	Analisi puntuale dei costi diretti e indiretti sostenuti dall'Istituto e da ribaltare all'attività libero professionale	Presentazione di una relazione relativa alle prestazioni erogate in regime libero professionale	entro il 30/11/2016		20%	20%	obt non valutabile
<i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i>	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					25%	20%	

<b>CENTRO SERVIZI DIREZIONALI</b>	<b>Coordinatore: Avv. Leonelli</b>	<b>BUDGET 2016</b>							
<b>SETTORE</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>AZIONI</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>VALORE OBIETTIVO</b>	<b>VALORE CONSUNTIVO</b>	<b>PESO DIRIGENZA</b>	<b>PESO COMPARTO</b>	<b>VALUTAZIONE 2° ISTANZA</b>	
<i>Economico-finanziario</i>									
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>									
	Analisi Attività dipartimentali	Riorganizzazione delle attività assegnate al dipartimento	Proposta di riorganizzazione delle attività assegnate, evidenziando la possibile collocazione di talune attività anche al di fuori della competenza del coordinamento	Entro il 31/12/2016		35%		OBIETTIVO RAGGIUNTO	
	Attività dipartimentali	Gestione fondo del lavoro straordinario	Messa a regime di un sistema di assegnazione budget e gestione del fondo per il lavoro straordinario			30%		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					35%			

'D36201 - DIPARTIMENTO GERIATRICO RIABILITATIVO AD INDIRIZZO CARDIO-CEREBROVASCOLARE		Direttore Dipartimento: Dr. Postacchini		BUDGET 2016				
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONE	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 1ª ISTANZA
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Miglioramento dell'integrazione con l'H di fermo (AV4)	Predisposizione di un AUDIT trimestrale	Produzione di 4 verbali nell'anno di monitoraggio e per l'audit di monitoraggio dell'andamento sul percorso condiviso nel 2014 tra INRCA e PS dell'OC di Fermo -da realizzare entro il 1/12/2016		10%		obiettivo raggiunto
	Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	ottimizzazione Organizzazione attività UOS Lungodegenza	Messa a punto di un report di monitoraggio e produzione di report trimestrali	Definizione del sistema di reporting entro il 31/03/2016 e produzione di un report per ciascun degli ultimi 3 trimestri entro un mese dalla fine di ciascuno di essi.		15%		obiettivo raggiunto
	Integrazione con AV 4	Sviluppo del progetto di integrazione con AV 4 su tutte le linee funzionali già discusse (geriatria, dermatologia, reumatologia) ...	Progetto integrato con Av 4 e avvio attività di collaborazione	Progetto entro 30/06/2016 Avvio attività entro 30/09/2016		10%		obiettivo non valutabile
	Miglioramento della qualità della appropriatezza delle prestazioni	corso ALS medici di continuità assistenziale POR	corso ALS medici POR	effettuazione corso ALS ( approvazione Ufficio formazione DG e DSI ) con la presenza di 4 dirigenti medici entro il 31/12/2016		10%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento Continuità assistenziale comparto	Realizzazione procedura "Un amico al tuo fianco"	Compilazione schede di formazione al care giver	Compilazione corretta schede di formazione al care giver- sul 70% dei pazienti dimessi con caregiver. Verifica a campione nel 5% delle schede nell'ultimo trimestre da parte della DMPO e verifica a campione da parte del responsabile di UO con modalità da definire a cura dello stesso		10%		obiettivo raggiunto
	Ricerca Traslationale	Trasformazione dei risultati ottenuti attraverso l'attività di ricerca scientifica in pratiche cliniche, prodotti e servizi per i pazienti anziani al proprio interno	1) identificazione di una area tematica 2) stesura piano di azione 3) implementazione del piano di azione	Presentazione di un report entro il 31/10/2016		10%		obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					35%		

R3620800 - SOSD TERAPIE INNOVATIVE NELLA PATOLOGIA CUTANEA		BUDGET 2016							
SETTORE	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario	Miglioramento risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo di beni sanitari	Costo beni sanitari per n. di prestazioni		0,36	0,59	10%	Obiettivo non raggiunto	
	Miglioramento risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale (N. teste Medici + Laureati non Medici)		43.868	42.599,60	5%		
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Miglioramento Clinico-Assistenziale Progetto: "Un Impegno per la Collettività"	INCREMENTO dell'OFFERTA con aumento degli slot a disposizione per le prime visite dermatologiche per il CUP Regione Marche	raggiungimento target numerici delle prestazioni erogate VS criticità visite perse	Aumento del 10% delle prestazioni erogate nel 2016 rispetto al 2015			10%	Obiettivo non raggiunto	
	Formulazione di una proposta concordata con l'AV 4 per l'attivazione e sviluppo di un'attività di dermatocirurgia c/o IH Asur di Fermo e avvio della relativa attività.	vedi obiettivo	Accordo entro 30/06 e avvio da 01/09/2016	vedi indicatore			10%	Obiettivo non valutabile	
	Integrazione con il Territorio Evento: "Approccio Integrato Multidisciplinare nella Psoriasi"	eventi formativi ed informativi con i MMG e gli specialistici	realizzazione evento formativo con accreditamento ECM	entro il 31/12/2016			10%	Obiettivo raggiunto	
	Miglioramento della sicurezza e prevenzione delle cadute in Ospedale	1) Allineamento/aggiornamento della procedura aziendale alle disposizioni Regionali e/o Evidenze aggiornate. 2) Messa a regime della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Estensione a tutte le U.O. della procedura "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 2) Rilevazione della criticità applicative, studio e diffusione delle indicazioni operative e provvedimenti attuativi nella procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 3) Monitoraggio del livello di consapevolezza/responsabilità professionale nella gestione della procedura aziendale di "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Diffusione e applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunioni e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2) Produzione documentata (Relazione di Unità Operativa su format predefinito) delle criticità riscontrate e dei suggerimenti di miglioramento nella applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (Presenza di Documentazione/format di U.O.O. 100%) 3) Somministrazione di questionario mirato basato sulla conoscenza della procedura, aspetti etici e normativi e responsabilità professionale in relazione alla "Prevenzione delle cadute"				25%	Obiettivo raggiunto
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione di assenze impreviste e non programmabili	Sviluppo e redazione di procedura aziendale "Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile"	1) Diffusione a tutte le U.O. "Servizi della proposta di procedura di "Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile". 2) Rilevazione della criticità applicative, formulazione proposte di miglioramento. 3) Stevura definitiva e introduzione della procedura "Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile".	1) Livello di partecipazione del personale di U.O.O. alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunioni e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2) Produzione di procedura aziendale revisionata e aggiornata da parte del gruppo di lavoro multidisciplinare. (Pubblicazione della procedura nel sistema QSM 31/12/2016) Fonte dati: Procedura aziendale revisionata e aggiornata approvata e pubblicata nel QSM 3) Somministrazione di questionario mirato basato sulla conoscenza della procedura, aspetti etici e normativi e responsabilità professionale in relazione alla "Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile". (partecipazione > 75% personale del comparto)				25%	Obiettivo raggiunto
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione delle risorse umane in ottica Dipartimentale	Formulare ed implementare una proposta di procedura organizzativa per l'utilizzo flessibile di personale in ottica Dipartimentale	1) Espletare riunioni di Dipartimento U.O.O. E Servizi per la formulazione e condivisione della proposta di procedura 2) Sperimentare almeno 1 esperienza di condivisione dipartimentale di condivisione interscambio di risorse umane in ambito dipartimentale (Piano ferie estive ??)	1) Proposta di procedura dipartimentale formulata previa diffusione di informazione Fonte dati: Verbale riunioni e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione procedura al DPS Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio ; 2) Sperimentazione almeno di 1 esperienza (piano ferie estive ??); Fonte dati: Relazione della P.O.D. con rendiconto delle situazioni, nominativi, date e orari di condivisione risorse umane in ambito dipartimentale Modalità di rilevazione: Previsione aggiornamento prospetto turni / verifica presenza in servizio.				30%	Obiettivo raggiunto
	Governo dei tempi di attesa in applicazione della DGR 808/2015	Aumento complessivo slot prestazioni monitorate (obiettivo di Unità Operativa erogate sedi Ancona e Fermo)	n. complessivo slot disponibili per prestazioni oggetto di monitoraggio 2015 / n. complessivo slot disponibili per prestazioni oggetto di monitoraggio 2016	Aumento complessivo slot prestazioni monitorate almeno +5% (nota: esclusi progetti direzionali e utilizzo fondo balduzzi) rispetto al 2016. In collaborazione con la DAPO e con verifica DMPO			20%	Obiettivo raggiunto	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder	Ricerca Scientifica	Progetto STRATOS - PSOMARCHE	Gestione progetto	elaborazione documento sullo stato dell'arte del progetto entro il 31/12/2016			10%	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. Moretti Direttore Dipartimento: Dr. Postacchini		BUDGET 2016					
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° Istanza	
Economico-finanziario	Miglioramento risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo di beni sanitari	Costo Beni sanitari per gg di degenza		13,92	11,41	10%	2%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale /N. teste Medici + Laureati non Medici		416.398	390.136	5%		obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Miglioramento qualità ed appropriatezza delle cure	Identificazione e presa in carico riabilitativa dei pazienti provenienti dalla U.O. di Neurologia e Geriatria	Esecuzione audit verbalizzato interdisciplinare (fisiatra, neurologo, geriatra) ai fini dell'appropriatezza riabilitativa (COD. 56)	Numero di audit verbalizzati interdisciplinari non inferiore a 6 entro Gennaio 2017			5%		obiettivo raggiunto
	Sviluppo modelli innovativi	Predisposizione di un progetto di fisioterapia aspecifica diffusa differenziato per UO. In collaborazione con DPS e DMPO	Presentazione del progetto entro il 31/03/2016 avvio delle attività entro il 30/04/2016	vedi indicatore			10%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento del processo integrativo ASUR AV4-INRCA Fermo	Applicazione del protocollo d'intesa AV4-INRCA	Percentuale dei ricoveri provenienti da reparti per acuti dell'H di Fermo	50% dei ricoveri totali nel secondo semestre provenienti dall'OC di Fermo AUDIT e REPORT con OC di Fermo. Vanno compresi in questo calcolo anche i ricoveri di pazienti provenienti dall'OC Fermo e appoggiati in DPA e poi trasferiti in Riabilitazione funzionale		Le degenze di riabilitazione provenienti dall'ospedale civile Murri del II semestre 2016 sono pari a 45 su 74 (60,8%)	10%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento Continuità assistenziale	Formazione infermieri e oss	Corso formazione per care giver	Partecipazione del 75% del personale dell'UO come da registri di presenza		32 su 38 pari all'84,21%	10%	13%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Continuità assistenziale comparto	Realizzazione procedura "Un amico al tuo fianco"	Compilazione schede di formazione al care giver	Compilazione corretta scheda di formazione al care giver- sul 70% dei pazienti dimessi con caregiver- Verifica a campione nel 5% delle schede nell'ultimo trimestre da parte della DMPO e verifica a campione da parte del responsabile di UO con modalità da definire a cura dello stesso			10%	10%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali correlati alla prevenzione e gestione lesioni da decubito	1 Revisione e aggiornamento procedura aziendale di riferimento. 2 Rilevazione della qualità dell'assistenza nella prevenzione e trattamento Ldd (2 indagini di prevalenza)	1 Epletamento attività di rilevazione raccolta criticità e formulazione proposte nelle unità operative di degenza (gruppi di lavoro multidisciplinari di UU.OO.); 2 Attivazione di gruppo di lavoro multidisciplinare per la revisione e aggiornamento procedura aziendale. (Componente di UU.OO. - 1 di Dipartimento - 1 di P.O.R.) 3 Indagine di prevalenza per il monitoraggio degli esiti assistenziali in relazione alla prevenzione e gestione ldd (Servizi di direzione Medica e infermieristica)	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2 Produzione di procedura aziendale revisionata e aggiornata da parte del				15%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento della sicurezza e prevenzione delle cadute in Ospedale	1Allineamento/aggiornamento della procedura aziendale alle disposizioni Regionali e/o Evidenze aggiornate. 2 Messa a regime della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Estensione a tutte le UU.OO. della procedura "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 2) Rilevazione delle criticità applicative, studio e diffusione delle indicazioni operative e provvedimenti attuativi nella procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 3) Monitoraggio del livello di consapevolezza/responsabilità professionale nella gestione della procedura aziendale di "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Diffusione e applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2) Produzione documentata (Relazione di Unità Operativa su format predefinito) delle criticità riscontrate e dei suggerimenti di miglioramento nella applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (Presenza di Documentazione/format di UU.OO. 100% ) 3) Somministrazione di questionario mirato basato sulla conoscenza della procedura, aspetti etici e normativi e responsabilità professionale in relazione				15%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione di assenze impreviste e non programmabili	Sviluppo e redazione di procedura aziendale " Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile"	1) Diffusione a tutte le UU.OO./Servizi della proposta di procedura di " Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile". 2) Rilevazione delle criticità applicative, formulazione proposte di miglioramento. 3) Stesura definitiva e introduzione della procedura " Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile".	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio.				15%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione delle risorse umane in ottica Dipartimentale	Formulare ed implementare una proposta di procedura organizzativa per l'utilizzo flessibile di personale in ottica Dipartimentale	1 Epletare riunioni di Dipartimento UU.OO. E Servizi per la formulazione e condivisione della proposta di procedura 2 Sperimentare almeno 1 esperienza di condivisione dipartimentale di condivisione interscambio di risorse umane in ambito dipartimentale (Piano ferie estive ??)	1 Proposta di procedura dipartimentale formulata previa diffusione di informazione Fonte dati: Verbale riunione/i e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione procedura al DPS Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio ;				10%	obiettivo raggiunto
	Governo dei tempi di attesa in applicazione della DGR 808/2015	Aumento complessivo slot prestazioni monitorate(obiettivo di Unità Operativa erogante sedi Ancona e Fermo)	n. complessivo slot disponibili per prestazioni oggetto di monitoraggio 2015 / n. complessivo slot disponibili per prestazioni oggetto di monitoraggio 2016	Aumento complessivo slot prestazioni monitorate almeno +5% (nota: esclusi progetti direzionali e utilizzo fondo balduzzi) rispetto al 2016. In collaborazione con la DAPO e con verifica DMPO			5%		obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder	"Tutti siamo ricercatori". Ampliamento dell'attività di ricerca attraverso l'incremento del personale dedicato all'attività di ricerca	Realizzazione di un Piano di Azione per il coinvolgimento del personale della UO in attività di ricerca	1) pubblicazioni con IF da parte del personale non Responsabile di UOC 2) presentazione di progetti con PI diverso dal responsabile di UOC 3) Attività di fund raising realizzata dal personale non Responsabile di UOC con entrata economica (o approvazione dell'ente erogante che certifichi l'ottenimento del finanziamento) 4) Ottenimento (con entrata economica o approvazione del soggetto erogante che certifichi l'ottenimento del finanziamento) da parte del personale non Responsabile di CDR di RCT sponsorizzati 5) presentazione di una relazione ad un congresso nazionale o regionale promossa da una società scientifica da parte del	raggiungimento di almeno 1 indicatore tra i 5 indicati entro il 31/12/2016			5%		obiettivo raggiunto
	Area scientifica-attività di ricerca	Studio su donne con osteoporosi progetto "Fior di Loto"	Pazienti arruolati -pubblicazione scientifica	N°pazienti 100 per follow up arruolati e sottomissione draft di pubblicazione a rivista scientifica			5%		obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%	

R3820500 - SOC GERIATRIA FM		Responsabile : Dr. Postacchini Direttore Dipartimento: Dr. Postacchini		BUDGET 2016					
SETTORE	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario	Miglioramento risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo di beni sanitari	Costo Beni sanitari per gg di degenza		13,92	11,41	10%	2%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale (N. Esale Medici + Laureati non Medici)		352.504	290.380	10%		obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali correlati alla prevenzione e gestione lesioni da decubito	Predisposizione di documenti in collaborazione UO Neurologia con protocolli operativi e progetti relativi a corsi su presa in carico caregiver e su trattamenti psicologici. In coerenza con gli obiettivi e mandati all'Istituto del Piano Demenze regionale	Messa a punto di un documento con i protocolli operativi sui 2 temi e organizzazione di almeno un corso regionale su ciascuno di essi.	Predisposizione dei protocolli operativi (Caregiver: entro il 30/06/2016, Trattamenti psicologici: entro il 30/09/2016). Effettuazione di almeno 1 Corso formativo sull'inter-verb sul caregiver (entro il 31/10/2016) e di almeno 1 corso su trattamenti psicologici entro gennaio 2017.			10%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento Continuità assistenziale	Indicazione sulla lettera di dimissione delle cure palliative laddove necessario	Lettera di dimissione da presentare al MMG con specifica indicazione delle cure palliative	produzione di un report sul I semestre 2016 e sul II semestre 2016 entro un mese dalla fine degli stessi con proposta di un sistema di indicatori di monitoraggio			10%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento Continuità assistenziale	Formazione infermieri e oss	Corso formazione per care giver	Partecipazione del 75% del personale dell'UO come da registri di presenza	32 su 38 pari all'84,21%		10%	13%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento Continuità assistenziale comparto	Realizzazione procedura "Un amico al tuo fianco"	Compilazione schede di formazione al care giver	Compilazione corretta schede di formazione al care giver - su 70% dei pazienti dimessi con caregiver. Verifica a campione nel 5% delle schede nell'ultimo trimestre da parte della DMPO e verifica a campione da parte del responsabile di UO con modalità da definire a cura dello stesso			10%	5%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali correlati alla prevenzione e gestione lesioni da decubito	1 Revisione e aggiornamento procedura aziendale di riferimento. 2 Rilevazione della qualità dell'assistenza nella prevenzione e trattamento Ldd (2 indagini di prevalenza	1 Epletamento attività di rilevazione raccolta criticità e formulazione proposte nelle unità operative di degenza (gruppi di lavoro multidisciplinari di UU.OO.); 2 Attivazione di gruppo di lavoro multidisciplinare per la revisione e aggiornamento procedura aziendale. (1 Componente di UU.OO. - 1 di Dipartimento - 1 di P.O.R.) 3 Indagine di prevalenza per il monitoraggio degli esiti assistenziali in relazione alla prevenzione e gestione ldd (Servizi di direzione Medica e infermieristica)	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunioni e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/e o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2 Produzione di procedura aziendale revisionata e aggiornata da parte del gruppo di lavoro multidisciplinare. (Pubblicazione della procedura nel sistema QSM 31/12/2016)	Obiettivo raggiunto come da attestazione del dot. Marinelli			15%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento della sicurezza e prevenzione delle cadute in Ospedale	1 Allineamento/aggiornamento della procedura aziendale alle disposizioni Regionali e/o Evidenze aggiornate. 2 Messa a regime della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Estensione a tutte le UU.OO. della procedura "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 2) Rilevazione delle criticità applicative, studio e diffusione delle indicazioni operative e provvedimenti attuativi nella procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 3) Monitoraggio del livello di consapevolezza/responsabilità professionale nella gestione della procedura aziendale di "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Diffusione e applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunioni e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/e o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2) Produzione documentazione (Relazione di Unità Operativa su format predefinito) delle criticità riscontrate e dei suggerimenti di miglioramento nella applicazione della procedura aziendale	Obiettivo raggiunto come da attestazione del dot. Marinelli			15%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione di assenze impreviste e non programmabili	Sviluppo e redazione di procedura aziendale "Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile"	1) Diffusione a tutte le UU.OO./Servizi della proposta di procedura di "Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile". 2) Rilevazione delle criticità applicative, formulazione proposte di miglioramento. 3) Stesura definitiva e introduzione della procedura "Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile".	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunioni e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/e o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2 Produzione di procedura aziendale revisionata e aggiornata da parte del gruppo di lavoro multidisciplinare. (Pubblicazione della procedura nel sistema QSM 31/12/2016)	Obiettivo raggiunto come da attestazione del dot. Marinelli			15%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione delle risorse umane in ottica Dipartimentale	Formulare ed implementare una proposta di procedura organizzativa per l'utilizzo flessibile di personale in ottica Dipartimentale	1 Espletare riunioni di Dipartimento UU.OO. E Servizi per la formulazione e condivisione della proposta di procedura 2 Sperimentare almeno 1 esperienza di condivisione dipartimentale di condivisione interscambio di risorse umane in ambito dipartimentale (Piano ferie estive ??)	1 Proposta di procedura dipartimentale formulata previa diffusione di informazione Fonte dati: Verbale riunioni e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità rilevazione: Trasmissione procedura al DPS Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio ; 2 Sperimentazione almeno di 1 esperienza (piano ferie estive ??); Fonte dati: Relazione della P.O.D. con rendiconto delle situazioni, nominativi, date e orari di condivisione risorsa umana in ambito dipartimentale Modalità di rilevazione: Previsione azioni/monitoraggio prospettive lumi / verifica presenza in servizio.	Obiettivo raggiunto come da attestazione del dot. Marinelli			15%	obiettivo raggiunto
	Governo dei tempi di attesa in applicazione della DGR 808/2015	Aumento complessivo slot prestazioni monitorate (obiettivo di Unità Operative e eroganti sedi Ancona e Fermo)	n. complessivo slot disponibili per prestazioni oggetto di monitoraggio 2015 / n. complessivo slot disponibili per prestazioni oggetto di monitoraggio 2016	Aumento complessivo slot prestazioni monitorate almeno +5% (nota: esclusi progetti direzionali e utilizzo fondo battuzzi) rispetto al 2016. In collaborazione con la DAPO e con verifica DMPO	Obiettivo raggiunto come da relazione da DMPO		5%		obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder	"Tutti siamo ricercati". Ampliamento dell'attività di ricerca attraverso l'incremento del personale dedicato all'attività di ricerca	Realizzazione di un Piano di Azione per il coinvolgimento del personale della UO in attività di ricerca	1) pubblicazioni con IF da parte del personale non Responsabile di UOC 2) presentazione di progetti con PI diverso dal responsabile di UOC 3) Attività di fund raising realizzata dal personale non Responsabile di UOC con entrata economica (o approvazione dell'ente erogante che certifica l'ottenimento del finanziamento) 4) Ottenimento (con entrata economica o approvazione del soggetto erogante che certifica l'ottenimento del finanziamento) da parte del personale non Responsabile di CDR di RCT sponsorizzati 5) presentazione di una relazione ad un congresso nazionale o regionale promossa da una società scientifica da parte del personale non responsabile	raggiungimento di almeno 1 indicatore tra i 5 indicati entro il 31/03/2017	pubblicazioni con IF presentate dalla dott.ssa Giuli		5%		obiettivo raggiunto
	Attività di ricerca	pubblicazione scientifica	pubblicazione scientifica con IF	IF = 4		29	5%		obiettivo raggiunto

R3620100 - SOSD CARDIOLOGIA RIABILITATIVA FM		Responsabile - Dr. Balestrini Direttore Dipartimento: Dr. Postacchini		BUDGET 2016				
SETTORE	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZIA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	Miglioramento risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo di beni sanitari	Costo Beni sanitari per gg di degenza	13,92	11,41	10%	2%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale /N. teste Medici + Laureati non Medici	277.477	218.958	10%		obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)								
	Miglioramento del processo integrativo ASUR AV4-INRCA Fermo	Applicazione del protocollo d'intesa AV4-INRCA	Percentuale dei ricoveri provenienti da reparti per acuti dell'H di Fermo	50% dei ricoveri totali nel secondo semestre provenienti dall'H di Fermo AUDIT e REPORT con H di Fermo		10%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento delle qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	Attivazione di un completo programma riabilitativo con il coinvolgimento di molteplici figure professionali: dietista, fisioterapista dedicato, psicologo.	Esecuzione audit verbalizzati interdisciplinare (fisiatra, neurologo, geriatra) ai fini dell'appropriatezza riabilitativa (COD. 56)	Numero di audit verbalizzati interdisciplinari non inferiore a 6 entro Gennaio 2017		25%	18%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento della sicurezza e prevenzione delle cadute in Ospedale	1) Allineamento/aggiornamento della procedura aziendale alle disposizioni Regionali e/o Evidenze aggiornate. 2) Messa a regime della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Estensione a tutte le UU.OO. della procedura "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 2) Rilevazione delle criticità applicative, studio e diffusione delle indicazioni operative e provvedimenti attuativi nella procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 3) Monitoraggio del livello di consapevolezza/responsabilità professionale nella gestione della procedura aziendale di "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Diffusione e applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2) Produzione documentata (Relazione di Unità Operativa su format predefinito) delle criticità riscontrate e dei suggerimenti di miglioramento nella applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (Presenza di Documentazione/format di UU.OO. 100%) 3) Somministrazione di questionario mirato basato sulla conoscenza della procedura, aspetti etici e normativi e responsabilità professionale in relazione alla "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata. (partecipazione > 75% personale del comparto) Fonte dati: % questionari distribuiti % questionari ritorno) Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio.	obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli		20%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione di assenze impreviste e non programmabili	Sviluppo e redazione di procedura aziendale "Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile"	1) Diffusione a tutte le UU.OO./Servizi della proposta di procedura di "Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile". 2) Rilevazione delle criticità applicative, formulazione proposte di miglioramento. 3) Stesura definitiva e introduzione della procedura "Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile".	1) Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2) Produzione di procedura aziendale revisionata e aggiornata da parte del gruppo di lavoro multidisciplinare. (Pubblicazione della procedura nel sistema QSM 31/12/2016) Fonte dati: Procedura aziendale revisionata e aggiornata approvata e pubblicata nel QSM 3) Somministrazione di questionario mirato basato sulla conoscenza della procedura, aspetti etici e normativi e responsabilità professionale in relazione alla "Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile". (partecipazione > 75% personale del comparto) Fonte dati: % questionari distribuiti % questionari ritorno) Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio.	obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli		20%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione delle risorse umane in ottica Dipartimentale	Formulare ed implementare una proposta di procedura organizzativa per l'utilizzo flessibile di personale in ottica Dipartimentale	1) Espletare riunioni di Dipartimento UU.OO. E Servizi per la formulazione e condivisione della proposta di procedura 2) Sperimentare almeno 1 esperienza di condivisione dipartimentale di condivisione interscambio di risorse umane in ambito dipartimentale (Piano ferie estive)	1) Proposta di procedura dipartimentale formulata previa diffusione di informazione Fonte dati: Verbale riunione/i e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione procedura al DPS Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio ; 2) Sperimentazione almeno di 1 esperienza (piano ferie estive). Fonte dati: Relazione della P.O.D. con rendiconto delle situazioni, nominativi, date e orari di condivisione risorsa umana in ambito dipartimentale Modalità di rilevazione: Previsione aggiornamento prospetto turni / verifica presenza in servizio.	obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli		20%	obiettivo raggiunto
		Aumento complessivo slot prestazioni monitorate (obiettivo di Unità Operativa erogante sedi Ancona e Fermo)	n. complessivo slot disponibili per prestazioni oggetto di monitoraggio 2015 / n. complessivo slot disponibili per prestazioni oggetto di monitoraggio 2016	Aumento complessivo slot prestazioni monitorate almeno +5% (nota: esclusi progetti direzionali e utilizzo fondo balduzzi) rispetto al 2016. In collaborazione con la DAPO e con verifica DMPO	obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Luzi			obiettivo raggiunto
	Governo dei tempi di attesa in applicazione della DGR 808/2015	Presenza in carico di Cardiologia, Nefrologia, Diabetologia e Neurologia: garanzia slot dedicati a prestazioni individuate in collaborazione con la DMP per la presa in carico (obiettivo di Unità Operativa erogante per le UUOO della sede di Ancona di Cardiologia, Nefrologia, Diabetologia, Neurologia, Radiologia, UOS Prevenzione tumori prostatici)	n. di Prestazioni-slot settimanali messi a disposizione dei pazienti interessati dalla presa in carico, così come previsto dalla DGR 808/15 e dalla determina 360/15	n. minimo di slot attivati concordato con la DMP e in collaborazione con la DAPO Verifica della DMPO	obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Luzi	10%		obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder								
	Attività di ricerca	Creazione database pazienti in terapia NAO con controlli periodici e valutazione complicanze	Registrazione di tutti i pazienti interni ed esterni	Inserimento del 100% dei pazienti		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.ssa Carlino Direttore Dipartimento: Dr. Mazzei		BUDGET 2016					
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZIA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario	Miglioramento risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo di beni sanitari	Costo beni sanitari per n. di prestazioni	4,29	4,09	25%	2%	obiettivo raggiunto	
	Miglioramento risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale	85.354	84.560,41	30%		obiettivo raggiunto	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Attività di formazione	Un seminario per dirigenti e comparto delle UUOO cliniche su un tema concordato con il Direttore di Dipartimento sulla nuova TAC finalizzato ad ottenere un appropriato utilizzo della stessa nelle richieste per interni	Realizzazione seminario di Presidio	Partecipazione di almeno l'80% dei dirigenti e produzione di un documento informativo da distribuire nel corso. Il seminario deve tenersi entro 2 mesi dal collaudo della nuova apparecchiatura		10%		obiettivo raggiunto	
	Promozione brand Inrca	Organizzazione in collaborazione con DMPO , DAPO e Direzione Dipartimento di un'iniziativa pubblica di presentazione della nuova tecnologia (entro 3 mesi dal collaudo)	effettuazione dell'iniziativa entro il 30/09/2016 con partecipazione di almeno 25 MMG	vedi indicatore		10%		obiettivo raggiunto	
	Miglioramento della sicurezza e prevenzione delle cadute in Ospedale	1 Allineamento/aggiornamento della procedura aziendale alle disposizioni Regionali e/o Evidenze aggiornate. 2 Messa a regime della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Estensione a tutte le UU.OO. della procedura "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 2) Rilevazione delle criticità applicative, studio e diffusione delle indicazioni operative e provvedimenti attuativi nella procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 3) Monitoraggio del livello di consapevolezza/responsabilità professionale nella gestione della procedura aziendale di "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti"	1) Diffusione e applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2) Produzione documentata (Relazione di Unità Operativa su format predefinito) delle criticità riscontrate e dei suggerimenti di miglioramento nella applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (Presenza di Documentazione/format di UU.OO. 100% ) 3) Somministrazione di questionario mirato basato sulla conoscenza della procedura, aspetti etici e normativi e responsabilità professionale in relazione alla "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti"	obiettivo raggiunto come da attestazione del dott.Marinelli		28%	obiettivo raggiunto	
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione di assenze impreviste e non programmabili	Sviluppo e redazione di procedura aziendale " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile"	1) Diffusione a tutte le UU.OO./Servizi della proposta di procedura di " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile". 2) Rilevazione delle criticità applicative, formulazione proposte di miglioramento. 3) Stesura definitiva e introduzione della procedura " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile".	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2 Produzione di procedura aziendale revisionata e aggiornata da parte del gruppo di lavoro multidisciplinare. (Pubblicazione della procedura nel sistema QSM 31/12/2016) Fonte dati: Procedura aziendale revisionata e aggiornata approvata e	obiettivo raggiunto come da attestazione del dott.Marinelli		25%	obiettivo raggiunto	
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione delle risorse umane in ottica Dipartimentale	Formulare ed implementare una proposta di procedura organizzativa per l'utilizzo flessibile di personale in ottica Dipartimentale	1 Espletare riunioni di Dipartimento UU.OO. E Servizi per la formulazione e condivisione della proposta di procedura 2 Sperimentare almeno 1 esperienza di condivisione dipartimentale di condivisione interscambio di risorse umane in ambito dipartimentale	1 Proposta di procedura dipartimentale formulata previa diffusione di informazione Fonte dati: Verbale riunione/i e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione procedura al DPS Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio ; 2 Sperimentazione almeno di 1 esperienza; Fonte dati: Relazione della P.O.D. con rendiconto delle situazioni,	obiettivo raggiunto come da attestazione del dott.Marinelli		25%	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%		

R2602500 - SOSD LABORATORIO FARMACOEPIDEMIOL OGIA GERIATRICA CS		Responsabile : Dr. Corsonello Direttore Dipartimento: Dr. Mazzei		BUDGET 2016					
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Miglioramento qualità prescrizioni farmacologiche	Individuazione di una classe farmacologica sulla quale effettuare un intervento formativo mirato a migliorare l'appropriatezza prescrittiva con la partecipazione dei MMG	Stesura protocollo di intervento formativo - Effettuazione dell'intervento formativo - Riduzione della spesa per la classe di farmaco individuata ( solo per Interni)	Stesura del protocollo ed effettuazione dell'intervento formativo entro il 30/10/2016 con la partecipazione di almeno il 70% dei Dirigenti interni delle UUOO cliniche. Riduzione del 20% della spesa per la classe di farmaco individuata (2° semestre 2016 vs 2° semestre 2015)		10%		obiettivo raggiunto	
	Formazione	Programmazione seminario ad indirizzo riabilitativo sul tema della riabilitazione aspecifica in collaborazione con UOSD di Riabilitazione Intensiva e UOC di Geriatria	Svolgimento di un seminario teorico-pratico rivolto al personale del comparto (OSS ed IIPP) ed ai dirigenti medici	Svolgimento del seminario entro il 31/10 con partecipazione di almeno il 50% degli operatori del comparto e il 70% dei dirigenti (se necessario 2 edizioni)		10%		obiettivo raggiunto	
	Formazione	Corso teorico pratico su slow medicine in geriatria accreditato ECM	Svolgimento del corso ECM	70% dei dirigenti medici e realizzazione entro il 31/10/2016		10%		obiettivo raggiunto	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder	Ricerca	Pubblicazioni su riviste con IF	Punteggio IF	25	37	15%		obiettivo raggiunto	
	Ricerca a Progetto	Gestione progetti in corso (CKD-3D, ReportAge, SCOPE)	stesura report	Reports entro fine anno		10%		obiettivo raggiunto	
	attività di ricerca	Criteri di appropriatezza nell'uso di farmaci nell'anziano	Piano di azione per la traslationalità dei risultati della ricerca scientifica sul tema in collaborazione con la UO Farmacia	Presentazione Piano di Azione entro il 31/12/2016		10%		obiettivo raggiunto	
	Attività Ricerca corrente	Coordinamento Linee di Ricerca	Partecipazione alla consuntivazione per la Ricerca Corrente anno 2015	Presentazione report		10%		obiettivo raggiunto	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					25%			

R2601900 - SOC LABORATORIO ANALISICS		Responsabile : Dr. Mari Direttore Dipartimento: Dr. Mazzei		BUDGET 2016					
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario	Miglioramento risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo di beni sanitari	Costo beni sanitari per n. di prestazioni	1,81	1,65	15%	2%	obiettivo raggiunto	
	Miglioramento risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale /N. teste Medici + Laureati non Medici	252.374	256527,7393	15%		obiettivo raggiunto	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e									
	Razionalizzazione delle richieste di esami	Sviluppo di un report sulle linee di richiesta potenzialmente inappropriate e relative proposta di razionalizzazione	Report da presentare alla Direzione Generale	entro il 30/06/2016		20%	10%	obiettivo raggiunto	
	Razionalizzazione dell'organizzazione delle attività di medicina del laboratorio	Predisposizione di un documento in collaborazione con DMPO, DAPO e Direzione Dipartimento per l'evoluzione del laboratorio secondo le linee di indirizzo della Regione Calabria	Predisposizione del documento entro il 30/04/2016 con individuazione delle potenziali criticità e delle relative possibili soluzioni	vedi indicatore		15%		obiettivo raggiunto	
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione di assenze impreviste e non programmabili	Sviluppo e redazione di procedura aziendale " Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile"	1) Diffusione a tutte le UU.OO./Servizi della proposta di procedura di " Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile". 2) Rilevazione delle criticità applicative, formulazione proposte di miglioramento. 3) Stesura definitiva e introduzione della procedura " Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile".	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2 Produzione di procedura aziendale revisionata e aggiornata da parte del gruppo di lavoro multidisciplinare. (Pubblicazione della procedura nel sistema QSM 31/12/2016) Fonte dati: Procedura aziendale revisionata e aggiornata approvata e pubblicata nel QSM 3) Somministrazione di questionario mirato basato sulla conoscenza della procedura, aspetti etici e normativi e responsabilità professionale in relazione alla " Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile". (partecipazione > 75% personale del	obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli		58%	obiettivo raggiunto	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder									
	Ricerca a progetto	Partecipazione al progetto Scope	Gestione esami di laboratorio progetto Scope	100% degli esami da effettuare secondo DoW di progetto		10%	10%	obiettivo raggiunto	
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 DEL DOLORE ANZIANO		Responsabile : Direttore Dipartimento: Dr. Mazzei		BUDGET 2016				
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° Istanza
Economico-finanziario	Miglioramento risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo di beni sanitari	Costo Beni sanitari per gg degenza	16,44	18,90	25%	2%	obiettivo parzialmente raggiunto
	Miglioramento risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale /N. teste Medici + Laureati non Medici	163.771	120.488	20%		obiettivo parzialmente raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	rafforzamento brand Inrca	Organizzazione di un corso Ecm aperto agli specialisti ospedalieri ea i medici del territorio sulla palliazione geriatrica	Effettuazione del corso entro il 30/09/2016 con la partecipazione di almeno 80 operatori esterni di cui almeno 10 MMG	vedi indicatore		15%		obiettivo parzialmente raggiunto
	Miglioramento della sicurezza e prevenzione delle cadute in Ospedale	1Allineamento/aggiornamento della procedura aziendale alle disposizioni Regionali e/o Evidenze aggiornate. 2 Messa a regime della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Estensione a tutte le UU.OO. della procedura "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 2) Rilevazione delle criticità applicative, studio e diffusione delle indicazioni operative e provvedimenti attuati nella procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 3) Monitoraggio del livello di consapevolezza/responsabilità professionale nella gestione della procedura aziendale di "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Diffusione e applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2) Produzione documentata (Relazione di Unità Operativa su format predefinito) delle criticità riscontrate e dei suggerimenti di miglioramento nella applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (Presenza di Documentazione/format di UU.OO. 100% ) 3) Somministrazione di questionario mirato basato sulla conoscenza della procedura, aspetti etici e normativi e responsabilità professionale in relazione alla "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata. (partecipazione > 75% personale del comparto) Fonte dati: % questionari distribuiti % questionari ritorno Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio.	obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli		28%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione di assenze impreviste e non programmabili	Sviluppo e redazione di procedura aziendale " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile"	1) Diffusione a tutte le UU.OO./Servizi della proposta di procedura di " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile" 2) Rilevazione delle criticità applicative, formulazione proposte di miglioramento. 3) Stesura definitiva e introduzione della procedura " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile".	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2 Produzione di procedura aziendale revisionata e aggiornata da parte del gruppo di lavoro multidisciplinare. (Pubblicazione della procedura nel sistema QSM 31/12/2016) Fonte dati: Procedura aziendale revisionata e aggiornata approvata e pubblicata nel QSM 3) Somministrazione di questionario mirato basato sulla conoscenza della procedura, aspetti etici e normativi e responsabilità professionale in relazione alla " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile". (partecipazione > 75% personale del comparto) Fonte dati: % questionari distribuiti % questionari ritorno Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio.	obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli		25%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione delle risorse umane in ottica Dipartimentale	Formulare ed implementare una proposta di procedura organizzativa per l'utilizzo flessibile di personale in ottica Dipartimentale	1 Espletare riunioni di Dipartimento UU.OO. E Servizi per la formulazione e condivisione della proposta di procedura 2 Sperimentare almeno 1 esperienza di condivisione dipartimentale di condivisione interscambio di risorse umane in ambito dipartimentale (Piano ferie estive ??)	1 Proposta di procedura dipartimentale formulata previa diffusione di informazione Fonte dati: Verbale riunione/i e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione procedura al DPS Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio ; 2 Sperimentazione almeno di 1 esperienza (piano ferie estive ??); Fonte dati: Relazione della P.O.D. con rendiconto delle situazioni, nominativi, date e orari di condivisione risorsa umana in ambito dipartimentale Modalità di rilevazione: Previsione aggiornamento prospetto turni / verifica presenza in servizio.	obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli		25%	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder								
	Italia Longeva Terapia del dolore	Collaborazione all'implementazione del progetto	Partecipazione ad almeno 3 riunioni	Presentazione dei verbali delle riunioni, debitamente sottoscritti		15%		obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					25%	20%	obiettivo raggiunto

R2600700 - SOSD RIABILITAZIONE INTENSIVA CS		Responsabile : Dr. Pranno Direttore Dipartimento: Dr. Mazzei		BUDGET 2016					
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° Istanza	
Economico-finanziario	Miglioramento risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo di beni sanitari	Costo Beni sanitari per gg degenza		11,16	11,75	15%	2% obiettivo raggiunto	
	Miglioramento risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale (N. teste Medici + Laureati non Medici)		434.938	426.544,27	15%	obiettivo raggiunto	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Formazione	Programmazione seminario ad indirizzo riabilitativo sul tema della riabilitazione aspecifica in collaborazione con SOSD Laboratorio di Farmacoepidemiologia e UOC di Geriatria	Svolgimento di un seminario teorico-pratico rivolto al personale del comparto (OSS ed IPP) ed ai dirigenti medici	Svolgimento del seminario entro il 31/10 con partecipazione di almeno il 50% degli operatori del comparto e il 70% dei dirigenti (se necessario 2 edizioni)			15%	obiettivo raggiunto	
	Formazione	Corso teorico pratico su slow medicine in geriatria accreditato ECM	Svolgimento del corso ECM	70% dei dirigenti medici e realizzazione entro il 31/10/2016			20%	obiettivo raggiunto	
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali correlati alla prevenzione e gestione lesioni da decubito	1 Revisione e aggiornamento procedura aziendale di riferimento. 2 Rilevazione della qualità dell'assistenza nella prevenzione e trattamento Ldd (2 indagini di prevalenza)	1 Espletamento attività di rilevazione raccolta criticità e formulazione proposte nelle unità operative di degenza (gruppi di lavoro multidisciplinari di UU.OO.); 2 Attivazione di gruppo di lavoro multidisciplinare per la revisione e aggiornamento procedura aziendale. (1 Componente di UU.OO. - 1 di Dipartimento - 1 di P.O.R.) 3 Indagini di prevalenza per il monitoraggio degli esiti assistenziali in relazione alla prevenzione e gestione ldd (Servizi di direzione Medica e infermieristica)	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2 Produzione di procedura aziendale revisionata e aggiornata da parte del gruppo di lavoro multidisciplinare. (Pubblicazione della procedura nel sistema QSM 31/12/2016) Fonte dati: Procedura aziendale revisionata e aggiornata approvata e pubblicata nel QSM 3 Espletamento di 2 indagini di prevalenza per il monitoraggio degli esiti assistenziali correlati alla prevenzione e gestione delle ldd attraverso format predisposto dalla DPS Fonte dati: n. 1° indagine nel primo Semestre, 2° indagine nel secondo semestre Modalità di rilevazione: Relazione e diffusione dati indagini di prevalenza espletate su format predisposto dalla DPS				20% obiettivo raggiunto	
	Miglioramento della sicurezza e prevenzione delle cadute in Ospedale	1 Allineamento/aggiornamento della procedura aziendale alle disposizioni Regionali e/o Evidenze aggregate. 2 Messa a regime della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Estensione a tutte le UU.OO. della procedura "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 2) Rilevazione delle criticità applicative, studio e diffusione delle indicazioni operative e provvedimenti attuativi nella procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 3) Monitoraggio del livello di consapevolezza/responsabilità professionale nella gestione della procedura aziendale di "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Diffusione e applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2) Produzione di documentazione (Relazione di Unità Operativa su format predefinito) delle criticità riscontrate e dei suggerimenti di miglioramento nella applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (Presenza di Documentazione/formati di UU.OO. 100%) 3) Somministrazione di questionario mirato basato sulla conoscenza della procedura, aspetti etici e normativi e responsabilità professionale in relazione alla "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata. (partecipazione > 75% personale del comparto) Fonte dati: % questionari distribuiti % questionari ritorno Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio.				18% obiettivo raggiunto	
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione di assenze impreviste e non programmabili	Sviluppo e redazione di procedura aziendale "Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile"	1) Diffusione a tutte le UU.OO./Servizi della proposta di procedura di "Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile". 2) Rilevazione delle criticità applicative, formulazione proposte di miglioramento. 3) Sfeura definitiva e introduzione della procedura "Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile".	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2 Produzione di procedura aziendale revisionata e aggiornata da parte del gruppo di lavoro multidisciplinare. (Pubblicazione della procedura nel sistema QSM 31/12/2016) Fonte dati: Procedura aziendale revisionata e aggiornata approvata e pubblicata nel QSM 3) Somministrazione di questionario mirato basato sulla conoscenza della procedura, aspetti etici e normativi e responsabilità professionale in relazione alla "Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile". (partecipazione > 75% personale del comparto) Fonte dati: % questionari distribuiti % questionari ritorno Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio.				20% obiettivo raggiunto	
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione delle risorse umane in ottica Dipartimentale	Formulare ed implementare una proposta di procedura organizzativa per l'utilizzo flessibile di personale in ottica Dipartimentale	1 Espletare riunioni di Dipartimento UU.OO. E Servizi per la formulazione e condivisione della proposta di procedura 2 Sperimentare almeno 1 esperienza di condivisione dipartimentale di condivisione interscambio di risorse umane in ambito dipartimentale (Piano ferie estive)	1 Proposta di procedura dipartimentale formulata previa diffusione di informazione Fonte dati: Verbale riunione/e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione procedura al DPS Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio ; 2 Sperimentazione almeno di 1 esperienza (piano ferie estive); Fonte dati: Relazione della P.O.D. con rendiconto delle situazioni, nominativi, date e orari di condivisione risorsa umana in ambito dipartimentale Modalità di rilevazione: Previsione aggiornamenti prospetti turni / verifica presenza in servizio.				20% obiettivo raggiunto	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder									
	Laboratorio del movimento presso il POR di Cosenza	Studio di fattibilità sulla realizzazione di un laboratorio del movimento presso il POR di Cosenza	Presentazione studio di fattibilità	Entro il 30/06/2016			10%	Obiettivo non valutabile	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20% Obiettivo raggiunto	

R2600500 - SOC GERIATRIA CS		Responsabile : Dr. Mazzei Direttore Dipartimento: Dr. Mazzei		BUDGET 2016					
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZ A	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario	Miglioramento risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo di beni sanitari	Costo Beni sanitari per gg degenza		23,95	12,28	20%	2%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate /N. teste Medici + Laureati non Medici		300.280	270.712,39	15%		obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Formazione	Programmazione seminario ad indirizzo riabilitativo sul tema della riabilitazione aspecifica in collaborazione con UOSD di Riabilitazione Intensiva e SOSD Laboratorio di Farmacoepidemiologia	Svolgimento di un seminario teorico-pratico rivolto al personale del comparto (OSS ed IPP) ed ai dirigenti medici	Svolgimento del seminario entro il 31/10 con partecipazione di almeno il 50% degli operatori del comparto e il 70% dei dirigenti (se necessario 2 edizioni)			10%		obiettivo raggiunto
	Formazione	Corso teorico pratico su slow medicine in geriatria accreditato ECM	Svolgimento del corso ECM	70% dei dirigenti medici e realizzazione entro il 31/10/2016			10%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali correlati alla prevenzione e gestione lesioni da decubito	1 Revisione e aggiornamento procedura aziendale di riferimento. 2 Rilevazione della qualità dell'assistenza nella prevenzione e trattamento Ldd (2 indagini di prevalenza)	1 Espletamento attività di rilevazione raccolta criticità e formulazione proposte nelle unità operative di degenza (gruppi di lavoro multidisciplinari di UU.OO.); 2 Attivazione di gruppo di lavoro multidisciplinare per la revisione e aggiornamento procedura aziendale. (1 Componente di UU.OO. - 1 di Dipartimento - 1 di P.O.R.) 3 Indagine di prevalenza per il monitoraggio degli esiti assistenziali in relazione alla prevenzione e gestione ldd (Servizi di direzione Medica e infermieristica)	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2 Produzione di procedura aziendale revisionata e aggiornata da parte del gruppo di lavoro multidisciplinare. (Publicazione della procedura nel sistema QSM 31/12/2016) Fonte dati: Procedura aziendale revisionata e aggiornata approvata e pubblicata nel QSM 3 Espletamento di 2 indagini di prevalenza per il monitoraggio degli esiti assistenziali correlati alla prevenzione e gestione delle ldd attraverso format predisposto dalla DPS Fonte dati: n. 1° indagine nel primo Semestre, 2° indagine nel secondo semestre				20%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento della sicurezza e prevenzione delle cadute in Ospedale	1 Allineamento/aggiornamento della procedura aziendale alle disposizioni Regionali e/o Evidenze aggiornate. 2 Messa a regime della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Estensione a tutte le UU.OO. della procedura "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 2) Rilevazione delle criticità applicative, studio e diffusione delle indicazioni operative e provvedimenti attuativi nella procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 3) Monitoraggio del livello di consapevolezza/responsabilità professionale nella gestione della procedura aziendale di "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Diffusione e applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2) Produzione documentata (Relazione di Unità Operativa su format predefinito) delle criticità riscontrate e dei suggerimenti di miglioramento nella applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (Presenza di Documentazione/format di UU.OO. 100% ) 3) Somministrazione di questionario mirato basato sulla conoscenza della procedura, aspetti etici e normativi e responsabilità professionale in relazione alla "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata. (partecipazione > 75% personale del comparto) Fonte dati: % questionari distribuiti % questionari ritorno) Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio.				20%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione di assenze improvvise e non programmabili	Sviluppo e redazione di procedura aziendale " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile"	1) Diffusione a tutte le UU.OO./Servizi della proposta di procedura di " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile". 2) Rilevazione delle criticità applicative, formulazione proposte di miglioramento. 3) Stesura definitiva e introduzione della procedura " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile".	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2 Produzione di procedura aziendale revisionata e aggiornata da parte del gruppo di lavoro multidisciplinare. (Publicazione della procedura nel sistema QSM 31/12/2016) Fonte dati: Procedura aziendale revisionata e aggiornata approvata e pubblicata nel QSM 3) Somministrazione di questionario mirato basato sulla conoscenza della procedura, aspetti etici e normativi e responsabilità professionale in relazione alla " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile". (partecipazione > 75% personale del comparto)				18%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione delle risorse umane in ottica Dipartimentale	Formulare ed implementare una proposta di procedura organizzativa per l'utilizzo flessibile di personale in ottica Dipartimentale	1 Espletare riunioni di Dipartimento UU.OO. E Servizi per la formulazione e condivisione della proposta di procedura 2 Sperimentare almeno 1 esperienza di condivisione dipartimentale di condivisione interscambio di risorse umane in ambito dipartimentale (Piano ferie estive ??)	1 Proposta di procedura dipartimentale formulata previa diffusione di informazione Fonte dati: Verbale riunione/i e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione procedura al DPS Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio ; 2 Sperimentazione almeno di 1 esperienza (piano ferie estive ??); Fonte dati: Relazione della P.O.D. con rendiconto delle situazioni, nominativi, date e orari di condivisione risorsa umana in ambito dipartimentale Modalità di rilevazione: Previsione aggiornamento prospetto turni / verifica presenza in servizio.				15%	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder	Ricerca	Publicazioni su riviste con IF	Punteggio IF normalizzato		4,00	4	10%		obiettivo raggiunto
	Ricerca a progetto	Progetto Reportage	Compilazione schede e raccolta Sieri	80 % dei pazienti Eleggibili			10%	5%	obiettivo non raggiunto per la dirigenza, non valutabile per il comparto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%	

D26001 - DIPARTIMENTO GERIATRICO RIABILITATIVO AD INDIRIZZO CARDIOVAS		Direttore Dipartimento: Dr. Mazzei		BUDGET 2016				
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
	Razionalizzazione dell'organizzazione delle attività di medicina del laboratorio	Predisposizione di un documento in collaborazione con DMPO, DAPO e Direzione Dipartimento per l'evoluzione del laboratorio secondo le linee di indirizzo della Regione Calabria	Predisposizione del documento entro il 30/04/2016 con individuazione delle potenziali criticità e delle relative possibili soluzioni	vedi indicatore		15%		obiettivo raggiunto
	Promozione brand Inrca	Organizzazione in collaborazione con DMPO, DAPO e Direzione Dipartimento di un iniziativa pubblica di presentazione della nuova tecnologia (entro 3 mesi dal collaudo)	effettuazione dell'iniziativa entro il 30/09/2016 con partecipazione di almeno 25 MMG	vedi indicatore		15%		obiettivo non valutabile
	Formazione	Programmazione seminario ad indirizzo riabilitativo sul tema della riabilitazione specifica in collaborazione con UOSD di Riabilitazione Intensiva e UOC di Geriatria	Svolgimento di un seminario teorico-pratico rivolto al personale del comparto( OSS ed IIPP) ed ai dirigenti medici	Svolgimento del seminario entro il 31/10 con partecipazione di almeno il 50% degli operatori del comparto e il 70% dei dirigenti (se necessario 2 edizioni)	13 su 19 dirigenti e 29 su 47 comparto	10%		obiettivo raggiunto
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>	Formazione	Corso teorico pratico su slow medicine in geriatria accreditato ECM	Svolgimento del corso ECM	60% dei dirigenti medici e realizzazione entro il 31/10/2016	14 medici su 19	10%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento qualità prescrizioni farmacologiche	Individuazione di una classe farmacologica sulla quale effettuare un intervento formativo mirato a migliorare l'appropriatezza prescrittiva con la partecipazione dei MMG	Stesura protocollo di intervento formativo - Effettuazione dell'intervento formativo - Riduzione della spesa per la classe di farmaco individuata ( solo per Interni)	Stesura del protocollo ed effettuazione dell'intervento formativo entro il 30/10/2016 con la partecipazione di almeno il 70% dei Dirigenti interni delle UUOO cliniche. Riduzione del 20% della spesa per la classe di farmaco individuata (2° semestre 2016 vs 2° semestre 2015)		5%		obiettivo raggiunto
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>								
	Ricerca Traslaazionale	Trasformazione dei risultati ottenuti attraverso l'attività di ricerca scientifica in pratiche cliniche, prodotti e servizi per i pazienti anziani al proprio interno	1) identificazione di una area tematica / linea guida 2) stesura piano di azione 3)implementazione del piano di azione	Presentazione di un report entro il 31/10/2016		10%		obiettivo non raggiunto
<i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i>	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					35%		

<b>D29001 - DIPARTIMENTO GERIATRICO RIABILITATIVO AD INDIRIZZO PNEUMOLOG</b>		<b>Direttore Dipartimento: Dr. Guffanti</b>		<b>BUDGET 2016</b>					
<b>SETTORE</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>AZIONI</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>VALORE OBIETTIVO</b>	<b>VALORE CONSUNTIVO</b>	<b>PESO DIRIGENZA</b>	<b>PESO COMPARTO</b>	<b>VALUTAZIONE 2° ISTANZA</b>	
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>									
	messa a punto di un sistema di indicatori per il monitoraggio della qualità e dei costi dell'assistenza ai pazienti con malattie respiratorie croniche da utilizzarsi nell'ambito della proposta di riorganizzazione del presidio	predisposizione del documento	completamento del documento	vedi indicatore		35%		obiettivo non valutabile	
	presentazione dei dati del PNE 2014 in tema di broncopneumopatie croniche ad una riunione di presidio allargata a tutti gli operatori	Organizzazione e gestione dell'incontro	effettuazione dell'incontro	entro il 30/11/2016		30%		obiettivo raggiunto	
<i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i>	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						35%		

R2902100 - S OSD RADIOLOGIA CT		Responsabile : Dr. Genchi Direttore Dipartimento: Dr. Guffanti		BUDGET 2016				
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZIA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	Miglioramento risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo di beni sanitari	Costo beni sanitari per n. di prestazioni	1,04	0,01	15%	2%	
	Miglioramento risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale /N. teste Medici + Laureati non Medici	317.763	340894,3683	10%		
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Integrazione SISS Regione Lombardia	Produzione validazione e firma digitale referti ambulatoriali	Numero di referti validati e firmati digitalmente dal Responsabile UOSD	98% dei referti ambulatoriali validati firmati (fonte Siss con certificazione DMPO)	7862 su 7862 pari al 100%	10%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento dei servizi offerti	Implementazione moc	funzionamento regolare e continuativo della diagnostica	120 esami interni/esterni entro 31/12/2016	206 esami effettuati	10%		obiettivo raggiunto
	Interazione territorio	Riorganizzazione attività di servizio	Esami aggiuntivi per collaborazione progetto regionale CREG	100% esami richiesti	54 esami su 54	10%		obiettivo raggiunto
	Appropriatezza prescrittiva	Corso formazione interna su indicazioni alla moc	Esecuzione corso entro 31 maggio 2016(2 edizioni) con produzione di un documento di indirizzo e inserimento nel SQM di una procedura	Partecipazione 100% medici UUOO, Procedura in SQM entro il 30/06/2016		10%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento della sicurezza e prevenzione delle cadute in Ospedale	1Allineamento/aggiornamento della procedura aziendale alle disposizioni Regionali e/o	1) Estensione a tutte le UU.OO. della procedura "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 2) Rilevazione delle criticità applicative, studio e diffusione delle indicazioni operative e provvedimenti attuativi nella	1) Diffusione e applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o	obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli		38%	
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione di assenze impreviste e non	Sviluppo e redazione di procedura aziendale "	1) Diffusione a tutte le UU.OO./Servizi della proposta di procedura di " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile".	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e o attività di U.O. con report	obiettivo raggiunto come da attestazione del dott.		40%	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder	Ricerca corrente condivisa: OSAS-ANZIANO-RISCHIO CV	Valutazione eco TSA e AO addominale	Stesura protocollo entro giugno 2016	Inizio arruolamento entro 31-10-2016 compatibilmente con l'approvazione del Comitato bioetico		10%		obiettivo 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 Massimo Direttore Dipartimento: Dr. Guffanti		BUDGET 2016					
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario	Miglioramento risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo di beni sanitari	Costo beni sanitari per n. di prestazioni	1,42	1,53	15%	2%		
	Miglioramento risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale /N. teste Medici + Laureati non Medici	1.090.653	1.047.084,58	15%			
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza)	Miglioramento dell'appropriatezza diagnostica	Revisione protocollo per diagnosi e monitoraggio TVP	Produzione e presentazione di un documento e inserimento di una procedura nel SQM	Produzione e presentazione entro il 30/06 e inserimento procedura nel SQM entro 31/10		15%			
	Miglioramento dell'appropriatezza diagnostica per gli esami: VIT D e allergeni molecolari	Organizzazione di riunione formativa/informativa per personale medico	2 edizioni analoghe	Partecipazione del 100% del personale medico UUOO Pneumologiche e UOSD Cardiologia entro il 31/10/2016	100% del personale medico (11 medici su 11) nelle edizioni del 24 e 27 ottobre 2016	10%			
	Mantenimento della qualità	Sorveglianza delle infezioni basata sui dati di laboratorio	Produzione di report trimestrali	100% dei report		10%			
	Miglioramento della sicurezza e prevenzione delle cadute in Ospedale	1 Allineamento/aggiornamento della procedura aziendale alle disposizioni Regionali e/o Evidenze aggiornate. 2 Messa a regime della procedura aziendale	1) Estensione a tutte le UU.OO. della procedura "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 2) Rilevazione delle criticità applicative, studio e diffusione delle indicazioni operative e provvedimenti attuativi nella procedura aziendale	1) Diffusione e applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o	Obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli		38%		
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione di assenze impreviste e non programmabili	Sviluppo e redazione di procedura aziendale "Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile"	1) Diffusione a tutte le UU.OO./Servizi della proposta di procedura di "Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile". 2) Rilevazione delle criticità applicative, formulazione proposte di miglioramento. 3) Stesura definitiva e introduzione della	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di	Obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli		40%		
Prospettiva dell'utenza e stakeholder	Ricerca corrente condivisa: anziano over 70; OSAS-RISCHIO CV	Determinazione omocisteina e fibrinogeno	Stesura protocollo entro giugno 2016	Inizio arruolamento entro 31-10-2016 compatibilmente con l'approvazione del Comitato bioetico		10%		obiettivo 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. Guffanti Direttore Dipartimento: Dr. Guffanti		BUDGET 2016					
SETTORE	OGGETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario	Miglioramento risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo di beni sanitari	Costo Beni sanitari per gg degenza	12,39	13,98	10%	2%	obiettivo parzialmente raggiunto	
	Miglioramento risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale /N. teste Medici + Laureati non Medici	590.764	630.579	10%			
Processi Interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Riorganizzazione diagnostica Disturbi respiratori del sonno (DRS)	messa a regime diagnostica ambulatoriale DRS	Numero di registrazioni	150 registrazioni	effettuate 165 registrazioni	5%		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 6 entro 31-12-2016		10%	10%	obiettivo raggiunto	
	Miglioramento della continuità assistenziale tra ospedale e territorio	Redazione delle indicazioni assistenziali infermieristiche al momento della dimissione	Evidenza della redazione delle indicazioni assistenziali infermieristiche al momento della dimissione	Presenza nel 100% delle cartelle dei pazienti che necessitano di continuità assistenziale ospedale-territorio (ADI, RSA, ..... ) delle indicazioni assistenziali infermieristiche		5%	5%	obiettivo raggiunto	
	Aumentare integrazione con Medicina generale su tematiche tipiche del paziente anziano	Riunioni informative/formative su patologie respiratorie croniche e disturbi della deglutizione	organizzazione e realizzazione dell' incontro con MMG	1 riunione entro ottobre 2016 con la partecipazione almeno di 20 MMG		5%		obiettivo non valutabile	
	Miglioramento della qualità dell'assistenza nell' ambito della continuità assistenziale tra ospedale e territorio	Analisi dei bisogni formativi nei pazienti ventilati non invasivamente	Questionario dedicato sottoposto a pazienti ventilati non invasivamente al momento del ricovero	valutazione di almeno il 75% dei pazienti ventilati			5%	obiettivo raggiunto	
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali correlati alla prevenzione e gestione lesioni da decubito	1 Revisione e aggiornamento procedura aziendale di riferimento. 2 Rilevazione della qualità dell'assistenza nella prevenzione e trattamento Ldd (2 indagini di prevalenza)	1 Espletamento attività di rilevazione raccolta criticità e formulazione proposte nelle unità operative di degenza (gruppi di lavoro multidisciplinari di UU.OO.); 2 Attivazione di gruppo di lavoro multidisciplinare per la revisione e aggiornamento procedura aziendale	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS.	Obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli		8%	obiettivo raggiunto	
	Miglioramento organizzativo nell'utilizzo della documentazione infermieristica integrata	Implementazione della documentazione in relazione alla raccolta dati dei bisogni assistenziali e complessità assistenziale	1 Scelta condivisa del modello di scheda rilevazione bisogni assistenziali. 2 Formazione del personale infermieristico di riferimento per l'acquisizione delle competenze	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. nel processo di scelta e diffusione e formazione per la modulistica di documentazione infermieristica 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti.	Obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli		5%	obiettivo raggiunto	
	Miglioramento della sicurezza e prevenzione delle cadute in Ospedale	1 Allineamento/aggiornamento della procedura aziendale alle disposizioni Regionali e/o Evidenze aggiornate. 2 Messa a regime della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1 Estensione a tutte le UU.OO. della procedura "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata. 2 Rilevazione delle criticità applicative, studio e diffusione delle indicazioni operative e provvedimenti attuativi nella procedura aziendale "Prevenzione	1) Diffusione e applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento.	Obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli		15%	obiettivo raggiunto	
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione di assenze impreviste e non programmabili	Sviluppo e redazione di procedura aziendale " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile"	1) Diffusione a tutte le UU.OO./Servizi della proposta di procedura di " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile". 2) Rilevazione delle criticità applicative, formulazione proposte di miglioramento.	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS.	Obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli		15%	obiettivo raggiunto	
	Miglioramento della qualità e standardizzazione del lavoro di equipe	Riunioni con specialisti di altre discipline	3 riunioni entro 31-12-2016	Partecipazione globale di almeno 60% del personale del comparto sanitario		5%		obiettivo raggiunto	
	Miglioramento dell' appropriatezza prescrittiva nei pazienti >70 y ricoverati nelle 2 UUOO	riunione di formazione del personale medico in relazione ai criteri internazionali di inappropriatezza prescrittiva, entro 15 giugno 2016	analisi del 5% (selezione randomizzata) delle cc di pazienti ricoverati prima della formazione confrontate con cc di pazienti ricoverati dopo la formazione	riduzione della percentuale di inappropriatezza prescrittiva di almeno il 5%		5%		obiettivo raggiunto	
	Miglioramento della gestione della cronicità respiratoria	ideazione di un sistema di care management dedicato ai pazienti broncopneuropatici cronici in accordo con le associazioni di pazienti	stesura di un piano operativo in accordo con ALIR entro giugno 2016	almeno 20 pazienti arruolati e seguiti entro 31-12-2016		5%		obiettivo raggiunto	
	Miglioramento continuo della formazione tecnica in relazione all'emergenza	Esecuzione corsi BLS/D in Sede	2 Corsi entro 31-12-2016	Conseguimento idoneità BLS/D x almeno 90% dei partecipanti (pari a 10)		5%	5%	obiettivo raggiunto	
	Miglioramento della formazione tecnica e standardizzazione del lavoro	esecuzione corso EMOGASANALISI in Sede	3 edizioni analoghe	Partecipazione globale di almeno 50% del personale infermieristico delle aree di degenza			10%	obiettivo raggiunto	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder	Attività Ricerca corrente	Coordinamento Linee di Ricerca	Partecipazione alla consuntivazione per la Ricerca Corrente anno 2015	Presentazione report		5%		obiettivo raggiunto	
	Ricerca corrente condivisa: ANZIANO over 70a; OSAS-RISCHIO CV	esecuzione registrazioni PSG	Stesura protocollo entro giugno 2016	INIZIO ARRUOLAMENTO ENTRO 31-10-2016 compatibilmente con l'approvazione del comitato bioetica		5%		obiettivo 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. Guffanti Direttore Dipartimento: Dr. Guffanti		BUDGET 2016				
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZIA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	Miglioramento risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo di beni sanitari	Costo Beni sanitari per gg degenza	12,39	13,98	10%	2%	
	Miglioramento risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale /N. teste Medici + Laureati non Medici	589.914,78	630.578,70	10%		
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%	5%	Obiettivo raggiunto
	Identificazione precoce della Broncopneumopatia cronica ostruttiva	Implementazione di ambulatorio dedicato	Stesura protocolli operativi entro maggio 2016	Attivazione a settembre 2016		10%		Obiettivo raggiunto
	Aumentare integrazione con Medicina generale su tematiche tipiche del paziente anziano	Riunioni informative/formative su patologie respiratorie e disturbi nutrizionali nell'anziano	organizzazione e realizzazione dell'incontro con MMG	1 riunione entro ottobre 2016 con la partecipazione almeno di 20 MMG		10%		obiettivo non valutabile
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali correlati alla prevenzione e gestione lesioni da decubito	1 Revisione e aggiornamento procedura aziendale di riferimento. 2 Rilevazione della qualità dell'assistenza nella prevenzione e trattamento Ldd (2 indagini di prevalenza)	1 Espletamento attività di rilevazione raccolta criticità e formulazione proposte nelle unità operative di degenza (gruppi di lavoro multidisciplinari di UU.OO.); 2 Attivazione di gruppo di lavoro multidisciplinare per la revisione e	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o			8%	
	Miglioramento organizzativo nell'utilizzo della documentazione infermieristica integrata	Implementazione della documentazione in relazione alla raccolta dati dei bisogni assistenziali e complessità assistenziale	1 Scelta condivisa del modello di scheda rilevazione bisogni assistenziali, 2 Formazione del personale infermieristico di riferimento per l'acquisizione delle competenze necessarie,	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. nel processo di scelta e diffusione e formazione per la modulistica di documentazione infermieristica 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o			15%	
	Miglioramento della sicurezza e prevenzione delle cadute in Ospedale	1 Allineamento/aggiornamento della procedura aziendale alle disposizioni Regionali e/o Evidenze aggiornate. 2 Messa a regime della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Estensione a tutte le UU.OO. della procedura "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 2) Rilevazione delle criticità applicative, studio e diffusione delle indicazioni	1) Diffusione e applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti.			20%	
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione di assenze impreviste e non programmabili	Sviluppo e redazione di procedura aziendale "Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile"	1) Diffusione a tutte le UU.OO./Servizi della proposta di procedura di "Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile". 2) Rilevazione delle criticità applicative, formulazione proposte di miglioramento.	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o			15%	
	Miglioramento della qualità e standardizzazione del lavoro di equipe	Riunioni con specialisti di altre discipline	3 riunioni entro 31-12-2016	Partecipazione globale di almeno 60% del personale del comparto sanitario		5%		Obiettivo raggiunto
	Miglioramento dell'Appropriatezza prescrittiva nei pazienti >70 y ricoverati nelle 2 UUOO	riunione di formazione del personale medico in relazione ai criteri internazionali di inappropriatezza prescrittiva, entro 15 giugno 2016	analisi del 5% (selezione randomizzata) delle cc di pazienti ricoverati prima della formazione confrontate con cc di pazienti ricoverati dopo la formazione	riduzione della percentuale di inappropriatezza prescrittiva di almeno il 5%		5%		Obiettivo raggiunto
	Miglioramento della gestione della cronicità respiratoria	ideazione di un sistema di care management dedicato ai pazienti broncopneumopatici cronici in accordo con le associazioni di pazienti	stesura di un piano operativo in accordo con ALIR entro giugno 2016	almeno 20 pazienti arruolati e seguiti entro 31-12-2016		10%		Obiettivo raggiunto
	Miglioramento continuo della formazione tecnica in relazione all'emergenza	Esecuzione corsi BLSd in Sede	2 Corsi entro 31-12-2016	Conseguimento idoneità BLSd x almeno 90% dei partecipanti (pari a 10)		5%	5%	Obiettivo raggiunto
	Miglioramento della formazione tecnica e standardizzazione del lavoro	esecuzione corso EMOGASANALISI in Sede	3 edizioni analoghe	Partecipazione globale di almeno 50% del personale infermieristico delle aree di degenza			10%	Obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder	Attività ricerca	Valutazione cognitiva e nutrizionale in pazienti affetti da IPF	Inizio arruolamento entro aprile 2016	10 pazienti entro 31-12-2016		5%		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: Dott. Serra Direttore Dipartimento: Dr. Guffanti		BUDGET 2016				
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	Miglioramento risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo di beni sanitari	Costo beni sanitari per n. di prestazioni	0,41	0,17	15%	2%	
	Miglioramento risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale /N. teste Medici + Laureati non Medici	163.762	231.585,31	15%		
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Integrazione SISS Regione lombardia	Produzione validazione e firma digitale referti ambulatoriali	Numero di referti validati e firmati digitalmente	90% dei referti ambulatoriali validati firmati (fonte Siss con certificazione DMPO)	4457 esami refertati su 4457 prestazioni erogate	15%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento dell'offerta all'utenza esterna	Definitiva implementazione laboratorio aritmologia	Registrazioni ecg dinamico	300 ECG dinamici	495 ECG	15%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento della sicurezza e prevenzione delle cadute in Ospedale	1 Allineamento/aggiornamento della procedura aziendale alle disposizioni Regionali e/o Evidenze aggiornate. 2 Messa a regime della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Estensione a tutte le UU.OO. della procedura "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 2) Rilevazione delle criticità applicative, studio e diffusione delle indicazioni operative e provvedimenti attuativi nella procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 3) Monitoraggio del livello di consapevolezza/responsabilità professionale nella gestione della procedura aziendale di "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Diffusione e applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2) Produzione documentata (Relazione di Unità Operativa su formato predefinito) delle criticità riscontrate e dei suggerimenti di miglioramento nella applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (Presenza di Documentazione/format di UU.OO. 100% ) 3) Somministrazione di questionario mirato basato sulla conoscenza della procedura, aspetti etici e normativi e responsabilità professionale in relazione alla "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli		38%	
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione di assenze impreviste e non	Sviluppo e redazione di procedura aziendale " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile"	1) Diffusione a tutte le UU.OO./Servizi della proposta di procedura di " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile"	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e/o attività di U.O. con report	obiettivo raggiunto come da attestazione del dott.		40%	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder	Ricerca corrente condivisa: OSAS-ANZIANO-RISCHIO CV	valutazione aritmologica pz > 70 anni	stesura protocollo entro giugno 2016	Inizio arruolamento entro 31-10-2016 compatibilmente con l'approvazione del Comitato bioetico		15%		obiettivo raggiunto
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 2016					
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° Istanza	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Costruzione di un sistema di monitoraggio della qualità dell'assistenza con rilevazioni ad hoc	Costruzione di un sistema di monitoraggio con DPS su: Lesioni da decubito Infezioni urinarie Cadute accidentali	Messa a punto del sistema entro il 30/04/2016 con produzione di 4 report trimestrali con evidenziazione degli esiti	vedi indicatore		5%	10%	obiettivo raggiunto	
	Collaborazione a Sviluppo modelli innovativi	Collaborazione alla Predisposizione di un progetto di fisioterapia aspecifica diffusa differenziato per UO con DPS e Medicina Riabilitativa	Presentazione del progetto entro il 30/06/2016 avvio delle attività entro il 01/07/2016	vedi indicatore		5%	15%	obiettivo raggiunto	
	Integrazione Inrca / osimo	Definizione di un cruscotto di indicatori che censiscano le attività derivanti dall'Integrazione Inrca Osimo. In collaborazione con Controllo di Gestione	attivazione cruscotto	entro il 30/06/2016		10%		obiettivo non valutabile	
	Integrazione Inrca / ASUR/ Osimo	Definizione di un proposta di integrazione della funzione specifica nell'ambito del progetto più generale di integrazione INRCA/ASUR/OSIMO, coerente a livello dipartimentale e condivisa a livello interaziendale; tale proposta, intesa come previsione di reciproca operatività in entrambi i Presidi, deve essere strutturata per fasi successive di sviluppo, compresa la parte operativa, da avviare laddove possibile entro l'anno. Il livello dipartimentale ha la responsabilità di presidiare lo sviluppo delle proposte in un contesto di coerenza dipartimentale. La definizione della proposta è presidiata e coordinata dal tavolo tecnico specifico, condotto dalle DMPO dei due presidi e dal dr Aldo Ricci.	Definizione del cronoprogramma di integrazione, suddiviso per UU.OO. Coordinamento del tavolo tecnico di integrazione Avvio delle attività integrate entro il 2016	vedi indicatore		10%		obiettivo raggiunto	
	Revisione Cruscotto Aziendale di indicatori	Costruzione di una proposta di indicatori clinici e di ricerca, ad integrazione dell'attuale cruscotto aziendale, da presentare alle direzioni. In collaborazione con Controllo di Gestione, Direzione Sanitaria, UO Ufficio della Ricerca, UO Biostatistica.	Presentazione proposta	vedi indicatore		5%		obiettivo raggiunto	
	Sviluppare procedure di contenimento del rischio legato alla terapia insulinica per i pazienti e gli operatori con UO Diabetologia	Stesura ed implementazione di linee guida a livello di por	Produzione del documento entro il 31.12.2016	vedi indicatore		5%	10%	obiettivo non valutabile	
	Predisposizione di un nuovo modello INRCA di gestione del rischio clinico in collaborazione con DAPO AN e dott. Aldo Ricci, Farmacia, RSPP, Fisica Sanitaria, DPS, Comunicazione/Urp	A) Analisi fonti di segnalazione attuali B) predisposizione nuovi modelli e moduli di segnalazione eventi e quasi eventi C) Proposta di organizzazione CO.GE.RI e revisione organizzazione CO.VA.SI	Produzione del documento documento	Prima bozza entro 30 aprile 2016		5%	15%	obiettivo raggiunto	
	Appropriatezza dell'utilizzo degli atb in collaborazione con farmacia e laboratorio analisi	Realizzazione di un corso teorico pratico sull'antibioticoterapia	Effettuazione del corso	Entro il 30/06/2016		10%	15%	obiettivo raggiunto	
	Buon uso del sangue in collaborazione con centro trasfusionale e blocco operatorio e del dott. aldo ricci	Redazione di una procedura condivisa con il centro trasfusionale	Produzione della procedura e formazione del personale por di ancona	Entro i primi 6 mesi del 2016 redazione procedura entro il 31/12/2016 formazione del personale		10%	15%	obiettivo raggiunto	
	Governo dei tempi di attesa in applicazione della DGR 808/2015 - in collaborazione con DAPO	Supporto al monitoraggio dell'applicazione della DGR 808/15 da parte delle UUOO	Relazione finale sul raggiungimento degli obiettivi da parte delle UUOO	vedi indicatore		10%		obiettivo raggiunto	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					25%	20%		

R2901500 - DIREZIONE MEDICA		Responsabile : Dr. Montoli		BUDGET 2016				
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>	Consolidamento del percorso relativo alla gestione del rischio clinico	Adempimento degli obiettivi e dei tempi del piano annuale Risk Management 2016 richiesto da Regione Lombardia che verrà redatto entro 31/03/2016	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 09/01/2017 del rendiconto dello stesso a Regione Lombardia.		20%	20%	obiettivo raggiunto
	Realizzazione di un cruscotto Direzionale orientato su performance e su esiti come richiesto dal PRIMO (Programma integrato di miglioramento dell'organizzazione e-ex PIMO)	Accesso al Portale dedicato (PRIMO) di Regione Lombardia. Monitoraggio degli obiettivi e delle azioni da intraprender presenti sul cruscotto del portale	Compilazione delle check list di autovalutazione e check list di monitoraggio PNE 2015	Rispetto dei tempi stabiliti per la compilazione indicati da Regione Lombardia		15%	25%	obiettivo raggiunto
	PIANI AZIENDALI DEI VOLUMI DI ATTIVITA' (Piani Triennali) - In collaborazione con DAPO Casatenovo e U.O. Affari Generali	Stesura dei piani aziendali dei volumi di attività del Presidio di Casatenovo	Stesura dei nuovi piani entro il 30/06/2016.	Approvazione con determina entro il 30/06/2016.		15%		obiettivo raggiunto
	Aggiornamento dei modelli e dei percorsi di comunicazioni esterne	Aggiornamento del portale INRCA, sezione Casatenovo, teso a renderlo dinamico e fruibile. Comunicazioni estemporanee all'utenza (NEWS) e comunicazioni mirate agli MMG del territorio sia sul portale che con mail personale.	Contatore accessi al portale Casatenovo	Incremento del contatore del POR di Casatenovo di almeno il 10%		10%	25%	obiettivo raggiunto
	Mantenimento dei requisiti di sicurezza durante l'attività di miglioramento del confort alberghiero con conseguente riduzione della spesa energetica. Aumento di efficienza ed efficacia.	Interazione e collaborazione continua tra imprese appaltatrici, RUP, RSPP e Direzione Medica di Presidio (DRS) finalizzata alla schedulazione dei lavori e misure di sicurezza da attuare in ogni settore e in ogni epoca delle attività	Fruibilità della strutture sia nella parte ambulatoriale che in quella di degenza, mantenimento al 100% dei livelli di sicurezza per utenti e operatori	Riduzione contemporanea o puntuale non superiore al 20% degli spazi adibiti all'assistenza. Nessun incremento di rischio lavorativo a causa degli interventi strutturali.		15%	10%	obiettivo raggiunto
<i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i>	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					25%	20%	

R2601500 - DIREZIONE MEDICA PRESIDIO COSENZA	Responsabile : Dr. Garofalo Santino	BUDGET 2016						
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZ A	PESO COMPA RTO	VALUTA ZIONE 2° ISTANZA
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>	Miglioramento comunicazione interna e clima aziendale	Realizzazione giornate formative per tutti gli operatori sulle Tecniche di Comunicazione di I Livello volte alla riduzione dei reclami sul comportamento degli operatori	realizzazione di n. 2 edizioni (periodo giugno-dicembre 2016) con docenza interna	Partecipazione dell'80% degli operatori misurata con idonea modalità (Foglio Firma)	82 presenti su 94 operatori	30%	40%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento della qualità ed appropriatezza delle cure	Incontri periodici con i Responsabili dei Pronto Soccorso, da parte del Direttore di Dipartimento e la DMPO	Percentuale dei ricoveri ordinari acuti per trasferimento da altra struttura ospedaliera pubblica (Pronto Soccorso o Reparti)	60% sul numero totale dei ricoveri ordinari per acuti riferiti all'anno 2016 (specificare fonte dei dati)	571 ricoveri su 1077 pari al 53%	10%		obiettivo parzialmente raggiunto
	PIANI AZIENDALI DEI VOLUMI DI ATTIVITA' (Piani Triennali) - In collaborazione con DAPO Cosenza e U.O. Affari Generali	Stesura dei piani aziendali dei volumi di attività del Presidio di Cosenza	Stesura dei nuovi piani entro il 31/12/2016.	Approvazione con determina entro il 31/12/2016.		20%	40%	obiettivo raggiunto
	Razionalizzazione dell'organizzazione delle attività di medicina del laboratorio	Predisposizione di un documento in collaborazione con DMPO, DAPO e Direzione Dipartimento per l'evoluzione del laboratorio secondo le linee di indirizzo della Regione Calabria	Predisposizione del documento entro il 30/04/2016 con individuazione delle potenziali criticità e delle relative possibili soluzioni	vedi indicatore		15%		obiettivo raggiunto
<i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i>	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					25%	20%	

R3610800 - SOC DERMATOLOGIA / CENTRO DI RICERCA DERMATOLOGICA GERIATRICA		Responsabile : Dr. Ricotti Direttore Dipartimento: Dr. Ricotti		BUDGET 2016				
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	Miglioramento risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo di beni sanitari	Costo Beni sanitari per nn di ricoveri+prestazioni ambulatoriali	6,42	5,15	5%	2%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale /N. teste Medici + Laureati non Medici	246.337	228.085	10%		obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Miglioramento percorsi assistenziali	Avvio del PDTA per la gestione del paziente con melanoma condiviso con gli oncologi per il follow-up e predisposizione di una proposta di cartella informatizzata da proporre a livello regionale	Reporting semestrale sull'attività svolta in applicazione del PDTA. 1 report entro il 31/07, 2 Report entro il 31/01/2017 e predisposizione della proposta di cartella informatizzata entro il 30/06/2016	Vedi indicatore		5%		obiettivo non raggiunto
	Promozione del brand INRCA	Coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e gli specialisti ambulatoriali e territoriali sull'utilizzo della dermatoscopia nelle lesioni pigmentate cutanee.	Realizzazione di un corso di formazione	Almeno 30 partecipanti provenienti dal territorio		10%		obiettivo raggiunto
	Integrazione Inrca / ASUR/ Osimo	Definizione di un proposta di integrazione della funzione specifica nell'ambito del progetto più generale di integrazione INRCA/ASUR/OSIMO, coerente a livello dipartimentale e condivisa a livello interaziendale; tale proposta, intesa come previsione di reciproca operatività in entrambi i Presidi, deve essere strutturata per fasi successive di sviluppo, compresa la parte operativa, da avviare laddove possibile entro l'anno. Il livello dipartimentale ha la responsabilità di presidiare lo sviluppo delle proposte in un contesto di coerenza dipartimentale. La definizione della proposta è presidiata e coordinata dal tavolo tecnico specifico, condotto dalle DMPO dei due presidi e dal dr	Presentazione della proposta entro il 15/03/2016 Avvio delle attività secondo il cronoprogramma definito con la DMPO	vedi indicatore	Obiettivo raggiunto come da attestazione della DMPO	10%		obiettivo raggiunto
	Messa a regime e sviluppo dell'attività di Telemedicina in Dermatologia	Adeguamento dell'attuale attività in termini amministrativi e predisposizione di un progetto secondo le indicazioni del gruppo di lavoro di Istituto	Produzione di un documento sullo stato attuale dell'attività in termini di potenzialità e criticità (entro il 30/04/2016). Adeguamento dell'attività in termini amministrativi (entro il 31/05/2016). Produzione di un documento sulla telemedicina nelle aree interne (secondo le indicazioni del Gruppo di lavoro entro il 30/04/2016). Avvio collaborazioni in ambito ASUR (entro il 30/06/2016)	Vedi indicatore ed inoltre avvio di una collaborazione stabile con almeno 5 medici del territorio con registro ( entro il 30/09/2016) e con una delle 13 Case della salute Asur (entro il 30/09/2016)		5%		obiettivo raggiunto
	Valorizzazione delle risorse umane e professionali per il miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure (Linee Guida Budget 2016)	Predisposizione di Linee Guida sull'uso delle Medicazioni Avanzate in collaborazione con la Commissione Dispositivi Medici, l'UO Piede Diabetico, l'UO di Dermatologia e la Direzione Medica di Presidio	Produzione delle linee guida condivise entro il 30/06/2016.	Produzione di un documento preliminare entro Dicembre 2016		5%		obiettivo raggiunto
	Orientamento alla qualità	Miglioramento della refertazione e comunicazione del MMG.	Realizzazione di materiale documentario per i pazienti e i medici curanti per neoformazioni cutanee e lesioni pigmentate e non	2 stampati da consegnare al paziente entro il 30/09/2016		5%		obiettivo raggiunto
	Promozione del brand INRCA e apertura al territorio	Organizzazione, in collaborazione con l'U.O. Centro del Piede Diabetico, di un evento formativo sulla gestione delle ulcere da pressione con il coinvolgimento degli operatori dell'ospedale e del	Realizzazione dell'evento formativo con partecipazione di almeno 50 tra specialisti, MMG, infermieri professionali e podologi	Entro giugno 2016		5%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali correlati all'impianto e gestione degli accessi vascolari	1 Revisione e aggiornamento procedura aziendale di riferimento. 2 Primo steep formazione e acquisizione competenze impianto PICC e Midline. 3 Programma di formazione aziendale gestione accessi vascolari maggiori	1 Espletamento attività di rilevazione, raccolta criticità e formulazione proposte nelle unità operative di degenza (gruppi di lavoro multidisciplinari di UU.OO.); 2 Attivazione di gruppo di lavoro multidisciplinare per la revisione e aggiornamento procedura aziendale di riferimento. (1 Componente di UU.OO. - 1 di Dipartimento - 1 di P.O.R.) 3 Implementazione fasi di costituzione impianto Team Picc e Midline.	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/ e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/ e/o	Obiettivo raggiunto come da relazione del dott. Marinelli	15%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento degli aspetti relativi all'assetto organizzativo	Adozione del modello organizzativo Week Surgery nel dipartimento Chirurgico	1 Scelta condivisa del modello organizzativo Week Surgery nel dipartimento Chirurgico, 2 Definizioni criteri e percorsi organizzativi, 3 Sperimentazione operativa di organizzazione Week Surgery	1 Presentazione progetto ed approvazione del Dipartimento Geriatrico ad Indirizzo Chirurgico Fonte dati: Verbale comitato direttivo di dipartimento.	Obiettivo raggiunto come da relazione del dott. Marinelli	15%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento della sicurezza e prevenzione delle cadute in Ospedale	1 Allineamento/aggiornamento della procedura aziendale alle disposizioni Regionali e/o Evidenze aggiornate. 2 Messa a regime della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1 Estensione a tutte le UU.OO. della procedura "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 2) Rilevazione delle criticità applicative, studio e diffusione delle indicazioni operative e provvedimenti attuativi nella procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti"	1) Diffusione e applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/ e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti.	Obiettivo raggiunto come da relazione del dott. Marinelli	15%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione di assenze imprviste e non programmabili	Sviluppo e redazione di procedura aziendale " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile"	1 Espletare riunioni di Dipartimento UU.OO. E Servizi per la formulazione e condivisione della proposta di procedura 2 Sperimentare almeno 1 esperienza di condivisione dipartimentale di condivisione interscambio di risorse umane in ambito dipartimentale (Piano ferie estive ??)	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/ e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti.	Obiettivo raggiunto come da relazione del dott. Marinelli	15%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione delle risorse umane in ottica Dipartimentale	Formulare ed implementare una proposta di procedura organizzativa per l'utilizzo flessibile di personale in ottica Dipartimentale		1 Proposta di procedura dipartimentale formulata previa diffusione di informazione Fonte dati: Verbale riunione/ e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione procedura al DPS	Obiettivo raggiunto come da relazione del dott. Marinelli	18%		obiettivo raggiunto
	Governo dei tempi di attesa in applicazione della DGR 808/2015	Aumento complessivo slot prestazioni monitorate (obiettivo di Unità Operativa erogate sedi Ancona e Fermo)	n. complessivo slot disponibili per prestazioni oggetto di monitoraggio 2015 / n. complessivo slot disponibili per prestazioni oggetto di monitoraggio 2016	Aumento complessivo slot prestazioni monitorate almeno +5% (nota: esclusi progetti direzionali e utilizzo fondo balduzzi) rispetto al 2016. In collaborazione con la DAPO e con verifica DMPO	Obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Luzi	5%		obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder	Microscopio confocale - Progetto dell'Uo Dermatologia, del Centro Neurobiologia dell'invecchiamento, Centro tecnologie invecchiamento	Presentazione di un progetto sull'utilizzo del microscopio confocale che tenga conto della dimensione assistenziale e di ricerca	Piano di azione da presentare entro 30/06/2016	vedi indicatore		5%		obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	PRODUZIONE SCIENTIFICA	Punteggio IF	Almeno una pubblicazione con IF	IF = 4	5,00	5%	20%	obiettivo raggiunto
	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					25%		

R3610300 - SOC UROLOGIA AN		Responsabile : Dr. Della Bella Direttore Dipartimento: Dr. Ricotti		BUDGET 2016					
SETTORE	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario	Miglioramento risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo di beni sanitari	Costo Beni sanitari per nn di ricoveri		398,60	355,44	10%	2%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale /N. teste Medici + Laureati non Medici		301.159,76	403.789,82	5%		obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	one/day surgery Osimo	trasferimento attività Osimo	n°interventi	180 interventi RO/ONE/Day Surgery tra Osimo e Ancona		129 DH/DS Ancona e 106 DH/DS Osimo	10%		obiettivo raggiunto
	Offerta urologica Fermo	incremento att. Ambulatoriale	n°prestazioni	Incremento del 5% rispetto al valore 2015		1000 prestazioni nel 2015 vs 1102 prestazioni nel 2016	5%		obiettivo raggiunto
	Offerta urologica Osimo	incremento att. Ambulatoriale	n°prestazioni	Numero prestazioni 1200 (comprese prestazioni interne per H Osimo)		3478 prestazioni erogate ad Osimo nel 2016	10%		obiettivo raggiunto
	Razionalizzazione risorse umane	Mantenimento continuità servizio SOD Prevenzione tumori prostatici attraverso utilizzo sinergico risorse umane dell'UOC Urologia	Garantire prosecuzione attività ambulatoriale dell'Uc Prevenzione dei Tumori Prostatici nel periodo di ferie della UO	vedi indicatore			5%		obiettivo raggiunto
	Costruzione e avvio PDTA ca prostata	Predisposizione di un documento in collaborazione con UOSD Prevenzione tumori prostatici di consensus conference con il coinvolgimento di tutte le uu.oo. Di urologia delle marche	Produzione del documento sottoscritto e avvio operativo del PDTA e numero casi trattati	Produzione del documento Entro il 30/09/2016 Almeno 20 casi trattati secondo PDTA nel IV Trimestre 2016			10%		obiettivo raggiunto
	Avvio progetto HIFU multiaziendale	Produzione di un documento con il coinvolgimento delle altre UU.OO. Urologiche della Regione	Stesura e sottoscrizione del documento e avvio dell'operatività di sistema	entro il 30/09			10%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali correlati all'impianto e gestione degli accessi vascolari	1 Revisione e aggiornamento procedura aziendale di riferimento. 2 Primo step formazione e acquisizione competenze impianto PiCC e Midline. 3 Programma di formazione aziendale gestione accessi vascolari maggiori	1 Epletamento attività di rilevazione, raccolta criticità e formulazione proposte nelle unità operative di degenza (gruppi di lavoro multidisciplinari di UU.OO.); 2 Attivazione di gruppo di lavoro multidisciplinare per la revisione e aggiornamento procedura aziendale di riferimento. (1 Componente di UU.OO. - 1 di Dipartimento - 1 di P.O.R.); 3 Implementazione fasi di costituzione impianto Team PiCC e Midline. 4 Diffusione e formazione trasversale procedura manutenzione e gestione accessi vascolari maggiori	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione critica e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2 Produzione di procedura aziendale revisionata e aggiornata da parte del gruppo di lavoro multidisciplinare. (Pubblicazione della procedura nel sistema QSM 31/12/2016) Fonte dati: Procedura aziendale revisionata e aggiornata approvata e pubblicata nel QSM 3 Realizzazione della formazione teorica ed espletamento primo step formazione tecnico pratica con impianto di 50 PiCC e/o Midline. Fonte dati: Report accreditamento evento formativo. Report impianto di 60 PiCC	obiettivo raggiunto come da relazione del dott. Marinelli	18%	obiettivo raggiunto		
	Miglioramento degli aspetti relativi all'assetto organizzativo	Adozione del modello organizzativo Week Surgery nel dipartimento Chirurgico	1 Scelta condivisa del modello organizzativo Week Surgery nel dipartimento Chirurgico. 2 Definizione criteri e percorsi organizzativi. 3 Sperimentazione operativa di organizzazione Week Surgery	1 Presentazione progetto ed approvazione del Dipartimento Geriatrico ad Indirizzo Chirurgico Fonte dati: Verbale comitato direttivo di dipartimento. 2 Presentazione e diffusione dei criteri organizzativi e dei percorsi assistenziali (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2 Produzione di procedura aziendale revisionata e aggiornata da parte del gruppo di lavoro multidisciplinare. (Pubblicazione della procedura nel sistema QSM 31/12/2016) Fonte dati: Procedura aziendale revisionata e aggiornata approvata e pubblicata nel QSM	obiettivo raggiunto come da relazione del dott. Marinelli	15%	obiettivo raggiunto		
	Miglioramento della sicurezza e prevenzione delle cadute in Ospedale	1Allineamento/aggiornamento della procedura aziendale alle disposizioni Regionali e/o Evidenze aggiornate. 2 Messa a regime della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Estensione a tutte le UU.OO. della procedura "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 2) Rilevazione delle criticità applicative, studio e diffusione delle indicazioni operative e provvedimenti attuati nella procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 3) Monitoraggio del livello di consapevolezza/responsabilità professionale nella gestione della procedura aziendale di "Prevenzione delle	1) Diffusione e applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2 Produzione di procedura aziendale revisionata e aggiornata da parte del gruppo di lavoro multidisciplinare. (Pubblicazione della procedura nel sistema QSM 31/12/2016) Fonte dati: Procedura aziendale revisionata e aggiornata approvata e pubblicata nel QSM	obiettivo raggiunto come da relazione del dott. Marinelli	15%	obiettivo raggiunto		
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione di assenze impreviste e non programmabili	Sviluppo e redazione di procedura aziendale "Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile"	1) Diffusione a tutte le UU.OO./Servizi della proposta di procedura di "Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile". 2) Rilevazione delle criticità applicative, formulazione proposte di miglioramento. 3) Stesura definitiva e introduzione della procedura "Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile".	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione critica e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2 Produzione di procedura aziendale revisionata e aggiornata da parte del gruppo di lavoro multidisciplinare. (Pubblicazione della procedura nel sistema QSM 31/12/2016) Fonte dati: Procedura aziendale revisionata e aggiornata approvata e pubblicata nel QSM	obiettivo raggiunto come da relazione del dott. Marinelli	15%	obiettivo raggiunto		
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione delle risorse umane in ottica Dipartimentale	Formulare ed implementare una proposta di procedura organizzativa per l'utilizzo flessibile di personale in ottica Dipartimentale	1 Espletare riunioni di Dipartimento UU.OO. E Servizi per la formulazione e condivisione della proposta di procedura 2 Sperimentare almeno 1 esperienza di condivisione dipartimentale di condivisione interscambio di risorse umane in ambito dipartimentale (Piano ferie estive ??)	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione critica e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità rilevazione: Trasmissione procedura al DPS Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio : 2 Sperimentazione almeno di 1 esperienza (piano ferie estive ??); Fonte dati: Relazione della P.O.D. con rendiconto delle situazioni, nominativi, date e orari di condivisione risorsa umana in ambito dipartimentale	obiettivo raggiunto come da relazione del dott. Marinelli	15%	obiettivo raggiunto		
	Governo dei tempi di attesa in applicazione della DGR 808/2015	Aumento complessivo slot prestazioni monitorate (obiettivo di Unità Operativa erogante sedi Ancona e Fermo)	n. complessivo slot disponibili per prestazioni oggetto di monitoraggio 2015 / n. complessivo slot disponibili per prestazioni oggetto di monitoraggio 2016	Aumento complessivo slot prestazioni monitorate almeno +5% (nota: esclusi progetti direzionali e utilizzo fondo balduzzi) rispetto al 2016. In collaborazione con la DAPo e con verifica DMPO. In questo ambito la verifica dovrà tenere conto dell'attività erogata a Osimo che ai fini di questo obiettivo è da considerarsi Inrca a tutti gli effetti.	OBIETTIVO RAGGIUNTO PRENDENDO IN CONSIDERAZIONE LE PRESTAZIONI ATTIVATE SU OSIMO	10%		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%		

R3612000 - SOC CHIRURGIA GENERALE AN		Responsabile : Dr. Boccoli Direttore Dipartimento: Dr. Ricotti		BUDGET 2016					
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° Istanza	
Economico-finanziario	Miglioramento risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo di beni sanitari	Costo Beni sanitari per nn di ricoveri		1.015,18	940,82	15%	2%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale /N. teste Medici + Laureati non Medici		502.592	684.041	10%		obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Rafforzamento dell'integrazione ospedale/territorio	Organizzazione corsi in collaborazione con la UOICI Inrca/Osimo	Evento formativo con accreditamento ECM	Almeno 1 Corso Regionale per Osimo da realizzare entro il 30/06/2016			10%		obiettivo raggiunto
	Rafforzamento dell'integrazione ospedale/territorio	Organizzazione corso sulla Dimissione Protetta paziente Chirurgico	Evento formativo con accreditamento ECM	Almeno 1 congresso regionale da realizzare entro il 30/09/2016			10%		obiettivo non raggiunto
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali correlati all'impianto e gestione degli accessi vascolari	1 Revisione e aggiornamento procedura aziendale di riferimento. 2 Attivazione di gruppo di lavoro multidisciplinare per la revisione e aggiornamento procedura aziendale di riferimento. (1 Componente di UU.OO. - 1 di Dipartimento - 1 di P.O.R.) 3 Implementazione fasi di costituzione impianto Team Picc e Midline. 4 Diffusione e formazione trasversale procedura manutenzione e gestione accessi vascolari maggiori	1 Espletamento attività di rilevazione, raccolta criticità e formulazione proposte nelle unità operative di degenza (gruppi di lavoro multidisciplinari di UU.OO.); 2 Attivazione di gruppo di lavoro multidisciplinare per la revisione e aggiornamento procedura aziendale di riferimento. (1 Componente di UU.OO. - 1 di Dipartimento - 1 di P.O.R.) 3 Implementazione fasi di costituzione impianto Team Picc e Midline. 4 Diffusione e formazione trasversale procedura manutenzione e gestione accessi vascolari maggiori	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2 Produzione di procedura aziendale revisionata e aggiornata da parte del gruppo di lavoro multidisciplinare. (Pubblicazione della procedura nel sistema QSM 31/12/2016) Fonte dati: Procedura aziendale revisionata e aggiornata approvata e pubblicata nel QSM 3 Realizzazione della formazione teorica ed espletamento primo step formazione tecnico pratica con impianto di 50 PICC e/o Midline. Fonte dati: Report accreditamento evento formativo. Report impianto di 50 PICC e/o Midline al 31/12/2016 Modalità rilevazione: Trasmissione dati nosologici e report complessivo relativo ai pazienti				18%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento degli aspetti relativi all'assetto organizzativo	Adozione del modello organizzativo Week Surgery nel dipartimento Chirurgico	1 Scelta condivisa del modello organizzativo Week Surgery nel dipartimento Chirurgico. 2 Definizione criteri e percorsi organizzativi. 3 Sperimentazione operativa di organizzazione Week Surgery	1 Presentazione progetto ed approvazione del Dipartimento Geriatrico ad Indirizzo Chirurgico Fonte dati: Verbale comitato direttivo di dipartimento. 2 Presentazione e diffusione dei criteri organizzativi e dei percorsi assistenziali (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 3 sperimentazione operativa di organizzazione Week Surgery avviata				20%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento della sicurezza e prevenzione delle cadute in Ospedale	1Allineamento/aggiornamento della procedura aziendale alle disposizioni Regionali e/o Evidenze aggiornate. 2. Messa a regime della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 3. Monitoraggio del livello di consapevolezza/responsabilità professionale nella gestione della procedura aziendale di "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Estensione a tutte le UU.OO. della procedura "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 2) Rilevazione delle criticità applicative, studio e diffusione delle indicazioni operative e provvedimenti attuativi nella procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 3) Monitoraggio del livello di consapevolezza/responsabilità professionale nella gestione della procedura aziendale di "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Diffusione e applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2) Produzione documentata (Relazione di Unità Operativa su format predefinito) delle criticità riscontrate e dei suggerimenti di miglioramento nella applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (Presenza di Documentazione/format di UU.OO. 100%) 3) Somministrazione di questionario mirato basato sulla conoscenza della procedura, aspetti etici e normativi e responsabilità professionale in relazione alla "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata. (partecipazione > 75% personale del comparto) Fonte dati: % questionari distribuiti % questionari ritorno				15%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione di assenze impreviste e non programmabili	Sviluppo e redazione di procedura aziendale " Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile"	1) Diffusione a tutte le UU.OO./Servizi della proposta di procedura di " Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile". 2) Rilevazione delle criticità applicative, formulazione proposte di miglioramento. 3) Stesura definitiva e introduzione della procedura " Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile".	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2 Produzione di procedura aziendale revisionata e aggiornata da parte del gruppo di lavoro multidisciplinare. (Pubblicazione della procedura nel sistema QSM 31/12/2016) Fonte dati: Procedura aziendale revisionata e aggiornata approvata e pubblicata nel QSM 3) Somministrazione di questionario mirato basato sulla conoscenza della procedura, aspetti etici e normativi e responsabilità professionale in relazione alla " Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile". (partecipazione > 75% personale del comparto) Fonte dati: % questionari distribuiti % questionari ritorno Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio.				10%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione delle risorse umane in ottica Dipartimentale	Formulare ed implementare una proposta di procedura organizzativa per l'utilizzo flessibile di personale in ottica Dipartimentale	1 Espletare riunioni di Dipartimento UU.OO. E Servizi per la formulazione e condivisione della proposta di procedura 2 Sperimentare almeno 1 esperienza di condivisione dipartimentale di condivisione interscambio di risorse umane in ambito dipartimentale (Piano ferie estive ??)	1 Proposta di procedura dipartimentale formulata previa diffusione di informazione Fonte dati: Verbale riunione/i e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità rilevazione: Trasmissione procedura al DPS Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio ; 2 Sperimentazione almeno di 1 esperienza (piano ferie estive ??); Fonte dati: Relazione della P.O.D. con rendiconto delle situazioni, nominativi, date e orari di condivisione risorsa umana in ambito dipartimentale Modalità rilevazione: Previsione aggiornamento prospetto turni / verifica presenza in servizio.				15%	obiettivo raggiunto
	Incremento attività operatoria presso Ospedale di Osimo per ridurre Liste di Attesa di Day Surgery all'INRCA	Incremento produzione chirurgica presso ospedale di Osimo	Numero di interventi effettuati ad Osimo	almeno 150 interventi in DO / DS entro il 31/12/2016	139 interventi		10%		obiettivo raggiunto
	Ambulatorio vascolare a gestione integrata (su richiesta della struttura presente)	Apertura ambulatorio vascolare (su richiesta della struttura presente)	Apertura ambulatorio	Entro il 31/12/2016			5%		obiettivo raggiunto
	Governo dei tempi di attesa in applicazione della DGR 808/2015	Aumento complessivo slot prestazioni monitorate (obiettivo di Unità Operativa erogante sedi Ancona e Fermo)	n. complessivo slot disponibili per prestazioni oggetto di monitoraggio 2015 / n. complessivo slot disponibili per prestazioni oggetto di monitoraggio 2016	Aumento complessivo slot prestazioni monitorate almeno +5% (nota: esclusi progetti direzionali e utilizzo fondo balduzzi) rispetto al 2016. In collaborazione con la DAPO e con verifica DMPO multidisciplinare.			5%		obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder	PRODUZIONE SCIENTIFICA	Impact Factor	Sottomissione di una pubblicazione con IF	vedi indicatore	2 pubblicazioni per un totale di 4 punti		10%		obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%	

*D36103 - DIPARTIMENTO GERIATRICO AD INDIRIZZO CHIRURGICO AN		BUDGET 2016							
Responsabile : Dott. Ricotti									
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIO NE 2° ISTANZA	
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>	Revisione di modelli operativi ed organizzativi	Attivazione del progetto week-surgery (degenza limitata a 5 gg./settimana nella corsia del III piano)	Sperimentazione del progetto e sua messa a regime	Sperimentazione da concludersi entro il I Quadrimestre 2016 con messa a regime dal 01/05/2016		10%		obiettivo raggiunto	
	Revisione di modelli operativi ed organizzativi	Progetto : ambulatorio di vulnologia per l'anziano	Produzione di un modello organizzativo,(sintesi di una visione plurispecialistica) adatto alla realtà delle risorse INRCA e avvio dell'ambulatorio	Produzione del documento entro il 30/06 e avvio dell'ambulatorio entro il 01/09/2016		10%		obiettivo non raggiunto	
	Valorizzazione delle risorse umane e professionali	Coordinamento della produzione di un documento dipartimentale sul profilo di attività di ciascuna UO e sul ruolo in ciascuna di esse dei singoli Dirigenti assegnati. Il documento deve specificare sulla base dei volumi e degli esiti le linee di attività ritenute caratterizzanti ed il percorso di formazione/supervisione dei dirigenti coinvolti nel loro svolgimento.	Produzione del documento per la Direzione	entro il 30/09/2016		10%		obiettivo raggiunto	
	Integrazione Inrca / ASUR/ Osimo	Definizione di un proposta di integrazione della funzione specifica nell'ambito del progetto più generale di integrazione INRCA/ASUR/OSIMO, coerente a livello dipartimentale e condivisa a livello interaziendale; tale proposta, intesa come previsione di reciproca operatività in entrambi i Presidi, deve essere strutturata per fasi successive di sviluppo, compresa la parte operativa, da avviare laddove possibile entro l'anno. Il livello dipartimentale ha la responsabilità di presidiare lo sviluppo delle proposte in un contesto di coerenza dipartimentale. La definizione della proposta è presidiata e coordinata dal tavolo tecnico specifico, condotto dalle DMPO dei due presidi e dal dr Aldo Ricci.	Presentazione della proposta coerente a livello dipartimentale entro il 15/03/2016 Avvio delle attività secondo il cronoprogramma definito con la DMPO	vedi indicatore		10%		obiettivo raggiunto	
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>	Coordinamento della valutazione dipartimentale del Programma Nazionale Esiti per gli indicatori di competenza	Identificazione del referente di uu.oo. per la Chirurgia, la Urologia, la Prevenzione Tumori prostatici, la Dermatologia e il Piede Diabetico. Lettura critica dei dati 2015 con produzione di un documento di commento e proposta	Identificazione del referente entro il 29/02/2016 Produzione del documento di analisi e proposta entro il 15/05/2016	vedi indicatore		15%		obiettivo non raggiunto	
	Attività Scientifica	Coordinamento dell'analisi a livello dipartimentale della letteratura sulla gestione del paziente anziano chirurgico	Stesura di una review e presentazione di un draft di pubblicazione da sottoporre a riviste internazionali	Entro il 31/10/2016		10%		obiettivo non raggiunto	
<i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i>	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					35%		67	

R2410100 - SOC CENTRO TECNOLOGIE AVANZATE NELL'INVECCHIAME NTO AN		Responsabile : Dr. Provinciali Direttore Dipartimento: Dr. Ricotti		BUDGET 2016				
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZ A	PESO COMPART O	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	Integrazione risorse istituzionali	Ricerca fondi c/o agenzie di finanziamento	Presentazione progetti per ottenimento di finanziamenti	20 mila €		15%		obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Area scientifica	Invio articoli a riviste con IF	Punteggio I.F.N.	20	50	10%		obiettivo raggiunto
	Promozione del brand Inrca	Sviluppo di partnership e reti collaborative con organismi esterni	Organizzazione di un evento in collaborazione con UO Centro Patologia Clinica, UO Centro Traslazionale Nutrizione e UO centro biologia dell'invecchiamento con i principali stakeholder regionali coinvolti nella ricerca biomedica	entro 31/12/2016		15%	50%	obiettivo raggiunto
	Microscopio confocale - Progetto dell'Uo Dermatologia, del Centro Neurobiologia dell'invecchiamento, Centro tecnologie invecchiamento	Presentazione di un progetto sull'utilizzo del microscopio confocale che tenga conto della dimensione assistenziale e di ricerca	Piano di azione da presentare entro 30/06/2016	vedi indicatore		15%		obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder	Attività Ricerca corrente	Coordinamento Linee di Ricerca	Partecipazione alla consuntivazione per la Ricerca Corrente anno 2015	Presentazione report		10%	20%	obiettivo raggiunto
	Area scientifica	Progetto Banca Biologica	Implementazione progetto come da Gantt	Presentazione capitolati all'ufficio gare come da Gantt		10%	10%	obiettivo non valutabile
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					25%	20%	

R3611400 - SOC ANESTESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA ANTALGICA AN		Responsabile : dott.ssa Giampieri		BUDGET 2016					
SETTORE	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario	Miglioramento risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo di beni sanitari	% Costo Beni sanitari su valore economico ricoveri Dipartimento Chirurgico		1,93%	2,10%	10%	2%	obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Promozione del brand INRCA anche attraverso l'apertura al territorio	Organizzazione di eventi sull'anestesia	Numero di eventi realizzati	Almeno 2 eventi a livello circoscrizionale entro 31/12/2016			10%		obiettivo raggiunto
	Revisione e sviluppo di modelli operativi ed organizzativi innovativi	Ampliamento delle competenze relativamente all'impianto PICC/MIDLINE in ambito del Presidio di Ancona	Progettazione e realizzazione del percorso formativo impianto e gestione PICC	Realizzazione percorso formativo entro il 30/09/2016 per 3 medici UO Anestesia e 2 infermieri BO			10%		obiettivo raggiunto
	Valorizzazione risorse umane e professionali	Addestramento in tema di Rianimazione Cardiopolmonare in Az.	Organizzazione e docenza corsi BLS/D POR Ancona	Realizzazione n. 10 edizioni corso BLS/D POR Ancona con almeno 60 partecipanti complessivi			10%		obiettivo raggiunto
	Integrazione Inrca / ASI	Definizione di un proposta di integrazione della funzione specifica nell'ambito del progetto più generale di integrazione INRCA/ASUR/OSIMO, coerente a livello dipartimentale e condivisa a livello interaziendale; tale proposta, intesa come previsione di reciproca operatività in entrambi i Presidi, deve essere strutturata per fasi successive di sviluppo, compresa la parte operativa, da avviare laddove possibile entro l'anno. Il livello dipartimentale ha la responsabilità di presidiare lo sviluppo delle proposte in un contesto di coerenza dipartimentale. La definizione della proposta è presidiata e coordinata dal tavolo tecnico specifico, condotto dalle DMPO dei due presidi e dal dr Aldo Ricci.	Presentazione della proposta entro il 15/03/2016 Avvio delle attività secondo il cronoprogramma definito con la DMPO	vedi indicatore			10%		obiettivo raggiunto
	Orientamento alla qualità	Miglioramento della gestione del Rischio Clinico nell'ambito della gestione Emergenza Intraospedaliera Aziendale	Realizzazione 6 incontri con le seguenti finalità: valutare l'implementazione e l'applicazione della PO az. M.POG5.AN.FE.AP. (continuità nella realizzazione PFA ECM "Gestione emergenza intraospedaliera" 2013-14)	Realizzazione di almeno 5 incontri su 6 entro il 31/12/2016			10%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali correlati all'impianto e gestione degli accessi vascolari	1 Revisione e aggiornamento procedura aziendale di riferimento. 2 Primo steep formazione e acquisizione competenze impianto PICC e Midline. 3 Programma di formazione aziendale gestione accessi vascolari maggiori	1 Espletamento attività di rilevazione, raccolta criticità e formulazione proposte nelle unità operative di degenza (gruppi di lavoro multidisciplinari di UU.OO.); 2 Attivazione di gruppo di lavoro multidisciplinare per la revisione e aggiornamento procedura aziendale di riferimento. (1 Componente di UU.OO. -1 di Dipartimento - 1 di P.O.R.) 3 Implementazione fasi di costituzione impianto Team Picc e Midline. 4 Diffusione e formazione trasversale procedura manutenzione e gestione accessi vascolari maggiori	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunioni e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2 Produzione di procedura aziendale revisionata e aggiornata da parte del gruppo di lavoro multidisciplinare. (Pubblicazione della procedura nel sistema QSM 31/12/2016) Fonte dati: Procedura aziendale revisionata e aggiornata approvata e pubblicata nel QSM 3 Realizzazione della formazione teorica ed espletamento primo step formazione tecnico pratica con impianto di 50 PICC e/o Midline.			13%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento degli aspetti relativi all'assetto organizzativo	Adozione del modello organizzativo Week Surgery nel dipartimento Chirurgico	1 Scelta condivisa del modello organizzativo Week Surgery nel dipartimento Chirurgico. 2 Definizioni criteri e percorsi organizzativi. 3 Sperimentazione operativa di organizzazione Week Surgery	1 Presentazione progetto ed approvazione del Dipartimento Geriatrico ad Indirizzo Chirurgico Fonte dati: Verbale comitato direttivo di dipartimento. 2 Presentazione e diffusione dei criteri organizzativi e dei percorsi assistenziali (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunioni e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio.			20%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento della sicurezza e prevenzione delle cadute in Ospedale	1 Allineamento/aggiornamento della procedura aziendale alle disposizioni Regionali e/o Evidenze aggiornate. 2 Messa a regime della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1 Estensione a tutte le UU.OO. della procedura "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 2 Rilevazione delle criticità applicative, studio e diffusione delle indicazioni operative e provvedimenti attuativi nella procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 3 Monitoraggio del livello di consapevolezza/responsabilità professionale nella gestione della procedura aziendale di "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1 Diffusione e applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2 Produzione documentata (Relazione di Unità Operativa su format predefinito) delle criticità riscontrate e dei suggerimenti di miglioramento nella applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (Presenza di Documentazione/format di UU.OO. 100% ) 3 Somministrazione di questionario mirato basato sulla conoscenza della procedura, aspetti etici e normativi e responsabilità professionale in relazione alla "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata.			15%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione di assenze impreviste e non programmabili	Sviluppo e redazione di procedura aziendale " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile"	1 Rilevazione delle criticità applicative, formulazione proposte di miglioramento. 2 Stesura definitiva e introduzione della procedura " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile".	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2 Produzione di procedura aziendale revisionata e aggiornata da parte del gruppo di lavoro multidisciplinare. (Pubblicazione della procedura nel sistema QSM 31/12/2016) Fonte dati: Procedura aziendale revisionata e aggiornata approvata e pubblicata nel QSM 3 Somministrazione di questionario mirato basato sulla conoscenza della procedura, aspetti etici e normativi e responsabilità professionale in relazione alla " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile".			15%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione delle risorse umane in ottica Dipartimentale	Formulare ed implementare una proposta di procedura organizzativa per l'utilizzo flessibile di personale in ottica Dipartimentale	1 Espletare riunioni di Dipartimento UU.OO. E Servizi per la formulazione e condivisione della proposta di procedura 2 Sperimentare almeno 1 esperienza di condivisione dipartimentale di condivisione interscambio di risorse umane in ambito dipartimentale (Piano ferie estive) Fonte dati: Relazione della P.O.D. con rendiconto delle situazioni, nominativi, date e orari di condivisione risorsa umana in ambito dipartimentale Modalità di rilevazione: Previsione aggiornamento prospetto turni / verifica presenza in servizio.	1 Proposta di procedura dipartimentale formulata previa diffusione di informazione Fonte dati: Verbale riunione/i e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione procedura al DPS Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2 Sperimentazione almeno di 1 esperienza (piano ferie estive); Fonte dati: Relazione della P.O.D. con rendiconto delle situazioni, nominativi, date e orari di condivisione risorsa umana in ambito dipartimentale Modalità di rilevazione: Previsione aggiornamento prospetto turni / verifica presenza in servizio.			15%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento attività chirurgica	Verifica e ridefinizione dei modelli organizzativi	Invio al Direttore Sanitario di un progetto di riorganizzazione dell'area intensiva e dell'attività pomeridiana	entro 20 novembre			5%		obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder	Produzione Scientifica	Impact Factor	Sottomissione di una pubblicazione ad una rivista con IF	vedi indicatore entro il 31 marzo 2017	0		10%		obiettivo non raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%	

R3613000 - SOC ODONTOSTOMATOL OGIA AN		Responsabile : Dr. Procaccini Direttore Dipartimento: Dr. Ricotti		BUDGET 2016					
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario	Miglioramento risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo di beni sanitari	Costo Beni sanitari per nn prestazioni		3,45	3,32	5%	2%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale		82.974	40647,70028	5%		obiettivo non raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Promozione del Brand Inrca e apertura al Territorio	Organizzazione di un convegno sull'assistenza Odontoiatrica nella popolazione anziana	Realizzazione dell'evento	entro il 31/10/2016 accreditato ECM con partecipazione di almeno 50 rappresentanti dell'assistenza odontoiatrica pubblica della Regione Marche			5%		obiettivo raggiunto
	Progetto Protesica sociale	Presentazione alla Regione Marche di protesica sociale per attività fuori LEA a tariffe calmierate	Presentazione alla Direzione Generale del progetto entro il 30/04/2016	vedi indicatore			15%		obiettivo raggiunto
	Integrazione Inrca / ASUR/ Osimo	Definizione di un proposta di integrazione della funzione specifica nell'ambito del progetto più generale di integrazione INRCA/ASUR/OSIMO, coerente a livello dipartimentale e condivisa a livello interaziendale; tale proposta, intesa come previsione di reciproca operatività in entrambi i Presidi, deve essere strutturata per fasi successive di sviluppo, compresa la parte operativa, da avviare laddove possibile entro l'anno. Il livello dipartimentale ha la responsabilità di presidiare lo sviluppo delle proposte in un contesto di coerenza dipartimentale. La definizione della proposta è presidiata e coordinata dal tavolo tecnico specifico, condotto dalle DMPO dei due presidi e dal dr Aldo Ricci.	Presentazione della proposta entro il 15/03/2016 Avvio delle attività secondo il cronoprogramma definito con la DMPO	vedi indicatore		obiettivo raggiunto come da attestazione della DMPO	10%		obiettivo raggiunto
	Revisione e sviluppo di nuovi modelli organizzativi	Predisposizione di una procedura per la valutazione della salute del cavo orale nei pazienti anziani ricoverati presso il Por di Ancona e Residenza Dorica	Predisposizione di un documento condiviso con i rappresentanti medici e infermieristici delle UU.OO di area medica dei Por Inrca di Ancona e Fermo	Realizzazione del documento entro il 30/06/2016			15%		obiettivo non raggiunto
	Revisione e sviluppo di nuovi modelli organizzativi	Predisposizione di un documento sulle possibili forme di integrazione pubblico - privato per l'assistenza odontoiatrica alla popolazione anziana sulla base delle esperienze di altre Regioni e di realtà locali tenendo presente anche il recente decreto di revisione dei Lea odontoiatrici	Produzione del documento	Entro il 30 giugno			10%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento della sicurezza e prevenzione delle cadute in Ospedale	1 Allineamento/aggiornamento della procedura aziendale alle disposizioni Regionali e/o Evidenze aggiornate. 2 Messa a regime della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Estensione a tutte le UU.OO. della procedura "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 2) Rilevazione delle criticità applicative, studio e diffusione delle indicazioni operative e provvedimenti attuativi nella procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 3) Monitoraggio del livello di consapevolezza/responsabilità professionale nella gestione della procedura aziendale di "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Diffusione e applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2) Produzione documentata (Relazione di Unità Operativa su format predefinito) delle criticità riscontrate e dei suggerimenti di miglioramento nella applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (Presenza di Documentazione/format di UU.OO. 100% ) 3) Somministrazione di questionario mirato basato sulla conoscenza della procedura, aspetti etici e normativi e responsabilità professionale in relazione alla "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata. (partecipazione > 75% personale del comparto)			25%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione di assenze impreviste e non programmabili	Sviluppo e redazione di procedura aziendale " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile"	1) Diffusione a tutte le UU.OO./Servizi della proposta di procedura di " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile". 2) Rilevazione delle criticità applicative, formulazione proposte di miglioramento. 3) Stesura definitiva e introduzione della procedura " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile".	1) Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2) Produzione di procedura aziendale revisionata e aggiornata da parte del gruppo di lavoro multidisciplinare. (Pubblicazione della procedura nel sistema QSM 31/12/2016) Fonte dati: Procedura aziendale revisionata e aggiornata approvata e pubblicata nel QSM 3) Somministrazione di questionario mirato basato sulla conoscenza della procedura, aspetti etici e normativi e responsabilità professionale in relazione alla " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile". (partecipazione > 75% personale del comparto)			25%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione delle risorse umane in ottica Dipartimentale	Formulare ed implementare una proposta di procedura organizzativa per l'utilizzo flessibile di personale in ottica Dipartimentale	1) Espletare riunioni di Dipartimento UU.OO. E Servizi per la formulazione e condivisione della proposta di procedura 2) Sperimentare almeno 1 esperienza di condivisione dipartimentale di condivisione interscambio di risorse umane in ambito dipartimentale	1) Proposta di procedura dipartimentale formulata previa diffusione di informazione Fonte dati: Verbale riunione/i e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione procedura al DPS Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio ; 2) Sperimentazione almeno di 1 esperienza; Fonte dati: Relazione della P.O.D. con rendiconto delle situazioni, nominativi, date e orari di condivisione risorsa umana in ambito dipartimentale Modalità di rilevazione: Previsione aggiornamento prospetto turni / verifica presenza in servizio.			28%		obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder									
	PRODUZIONE SCIENTIFICA	Punteggio IF	IF=6	vedi indicatore		4	10%		obiettivo parzialmente raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%	

IR3613200 - SOC CENTRO DEL PIEDE DIABETICO AN									
Responsabile : Dr. Remagnoli Direttore Dipartimento: Dr. Ricotti									
BUDGET 2016									
SETTORE	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario	Miglioramento risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo di beni sanitari	% Costo Beni sanitari rispetto al valore della produzione		8,7%	8,78%	10%	2%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale /N. teste Medici + Laureati non Medici		691.227	689.902	5%		obiettivo raggiunto
Processi Interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Revisione e sviluppo di nuovi modelli organizzativi	Predisposizione di un documento con indicate le linee guida per la realizzazione di un ambulatorio multiprofessionale per la gestione della patologia del piede diabetico	Convocazione di 4 riunioni con le figure professionali coinvolte al fine di identificare nuovi percorsi assistenziali per la gestione dei pazienti affetti da piede diabetico finalizzato ad una ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse umane ed una valorizzazione dei vari profili	Redazione di un documento con le linee guida identificate entro il 30/09 ed implementazione entro il 31/10			5%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento qualità ed appropriatezza delle prestazioni erogate	Sperimentazione ed applicazione del protocollo diagnostico (approvato nel 2015), nell'anziano diabetico con PAD esteso al distretto cardiaco. Obiettivo condiviso con l'U.O. di Cardiologia, Diagnostica per le Immagini, Medicina Nucleare	Audi sull'attività svolta nel 2015 e nel 2016 da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2016			10%		obiettivo raggiunto
	Promozione del brand INRCA e apertura al territorio	Organizzazione, in collaborazione con l'U.O. di Dermatologia, di un evento formativo sulla gestione delle ulcere da pressione con il coinvolgimento degli operatori dell'ospedale e del territorio	Realizzazione dell'evento formativo con partecipazione di almeno 50 tra OSS, infermieri, podologi e specialisti.	Entro giugno 2016			10%		obiettivo raggiunto
	Integrazione Inrca / ASUR/ Osimo	Definizione di un proposta di integrazione della funzione specifica nell'ambito del progetto più generale di integrazione INRCA/ASUR/OSIMO, coerente a livello dipartimentale e condivisa a livello interaziendale; tale proposta, intesa come previsione di reciproca operatività in entrambi i Presidi, deve essere strutturata per fasi successive di sviluppo, compresa la parte operativa, da avviare laddove possibile entro l'anno. Il livello dipartimentale ha la responsabilità di presidiare lo sviluppo delle proposte in un contesto di coerenza dipartimentale. La definizione della proposta è presidiata e coordinata dal tavolo	Presentazione della proposta entro il 15/03/2016 Avvio delle attività secondo il cronoprogramma definito con la DMPO	vedi indicatore		obiettivo raggiunto come da relazione della DMPO	5%		obiettivo raggiunto
	Percorso diagnostico terapeutico del paziente del Centro del Piede Diabetico - in collaborazione con Diagnostica per Immagini	Certificazione del percorso diagnostico terapeutico interdisciplinare e multiprofessionale	Percorso da inserire nel SOM e da presentare alla Regione Marche	Percorso da inserire nel SOM entro il 30/04 e contestuale invio alla RM			5%		obiettivo raggiunto
	Valorizzazione delle risorse umane e professionali per il miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure (Linee Guida Budget 2016)	Predisposizione di Linee Guida sull'uso delle Medicazioni Avanzate in collaborazione con la Commissione Dispositivi Medici, l'UO Farmacia, l'UO di Dermatologia e la Direzione Medica di Presidio	Produzione delle linee guida condivise entro il 30/06/2016.	Produzione di un documento preliminare entro Dicembre 2016			5%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali correlati all'impianto e gestione degli accessi vascolari	1 Revisione e aggiornamento procedura aziendale di riferimento, 2 Primo step formazione e acquisizione competenze impianto PICC e Midline, 3 Programma di formazione aziendale gestione accessi vascolari maggiori	1 Espletamento attività di rilevazione, raccolta criticità e formulazione proposte nelle unità operative di degenza (gruppo di lavoro multidisciplinari di UU.OO.), 2 Attivazione di gruppo di lavoro multidisciplinare per la revisione e aggiornamento procedura aziendale di riferimento. (1 Componente di UU.OO. - 1 di Dipartimento - 1 di P.O.R.), 3 Implementazione fasi di costituzione impianto Team Picc e Midline, 4 Diffusione e formazione trasversale procedura manutenzione e gestione accessi vascolari maggiori	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/ e o attività di U.O. con report nominativi dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/ e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2 Produzione di procedura aziendale revisionata e aggiornata da parte del gruppo di lavoro multidisciplinare. (Pubblicazione della procedura nel sistema QSM 31/12/2016) Fonte dati: Procedura aziendale revisionata e aggiornata approvata e pubblicata nel QSM 3 Realizzazione della formazione teorica ed espletamento primo step formazione		obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli	18%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento degli aspetti relativi all'assetto organizzativo	Adozione del modello organizzativo Week Surgery nel dipartimento Chirurgico	1 Scelta condivisa del modello organizzativo Week Surgery nel dipartimento Chirurgico, 2 Definizioni criteri e percorsi organizzativi, 3 Sperimentazione operativa di organizzazione Week Surgery	1 Presentazione progetto ed approvazione del Dipartimento Genitrico ad Indirizzo Chirurgico Fonte dati: Verbale comitato direttivo di dipartimento. 2 Presentazione e diffusione dei criteri organizzativi e dei percorsi assistenziali (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/ e o attività di U.O. con report nominativi dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/ e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 1) Diffusione e applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/ e o attività di U.O. con report nominativi dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/ e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2) Produzione documentata (Relazione di Unità Operativa su formati predefiniti) delle criticità riscontrate e dei suggerimenti di miglioramento nella applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (Presenza di Documentazione/formati di UU.OO. 100%.) 3) Somministrazione di questionario mirato basato sulla conoscenza della procedura		obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli	15%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento della sicurezza e prevenzione delle cadute in Ospedale	1 Allineamento/aggiornamento della procedura aziendale alle disposizioni Regionali e/o Evidenze aggiornate 2 Messa a regime della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Estensione a tutte le UU.OO. della procedura "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 2) Rilevazione delle criticità applicative, studio e diffusione delle indicazioni operative e provvedimenti attuativi nella procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 3) Monitoraggio del livello di consapevolezza/responsabilità professionale nella gestione della procedura aziendale di "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Diffusione a tutte le UU.OO./Servizi della proposta di procedura di "Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile". 2) Rilevazione delle criticità applicative, formulazione proposte di miglioramento. 3) Stesura definitiva e introduzione della procedura "Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile".		obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli	15%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione delle risorse umane in ottica Dipartimentale	Sviluppo e redazione di procedura aziendale "Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile"	1 Espletare riunioni di Dipartimento UU.OO. E Servizi per la formulazione e condivisione della proposta di procedura 2 Sperimentare almeno 1 esperienza di condivisione dipartimentale di condivisione interscambio di risorse umane in ambito dipartimentale (Piano ferie estive ??)	1 Proposta di procedura dipartimentale formulata previa diffusione di informazione. Fonte dati: Verbale riunione/ e o attività di U.O. con report nominativi dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/ e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio ; 2 Sperimentazione almeno di 1 esperienza (piano ferie estive ??); Fonte dati: Relazione della P.O.O. con rendiconto delle situazioni, nominativi, date e orari di condivisione risorsa umana in ambito dipartimentale		obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli	15%		obiettivo raggiunto
	Identificazione dei pazienti che accedono agli ambulatori del Centro Piede Diabetico per prima visita specialistica	Inserimento dei principali dati clinici relativi all'eziologia delle lesioni del piede, dei pazienti diabetici che giungono all'ambulatorio in primo accesso, per successive valutazioni epidemiologiche.	Numero di nuovi pazienti e grado di copertura e tempestività dell'inserimento dati	Almeno 80 primi casi con inserimento dati completato entro l'anno per tutti quelli visti fino a settembre 2016			10%		obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'Inferenza e statistiche	PRODUZIONE SCIENTIFICA	Punteggio IF	Sottomissione di un draft ad una rivista con IF in collaborazione con UO Diagnostica per Immagini	vedi indicatore		presentazione di un articolo con IF pari a 2	5%		obiettivo raggiunto
	Ricerca a progetto	Presentazione di un progetto di ricerca ad un bando	Submission di almeno un progetto	entro il 31/12/2016			5%		obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%	

R3613700 SOSP PREVENZIONE DEI TUMORI PROSTATICI		Responsabile : Dr.ssa Pierangeli Direttore Dipartimento: Dr. Ricotti		BUDGET 2016					
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario	Miglioramento risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo di beni sanitari / valore della produzione	Costo Beni sanitari per nn di prestazioni	1,75	1,43	5%		obiettivo raggiunto	
	Miglioramento risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale /N. teste Medici + Laureati non Medici	Valore della Produzione da Attività assistenziale /N. teste Medici + Laureati non Medici	221.759	242.303	10%		obiettivo raggiunto	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)									
	Integrazione Inrca / ASUR/ Osimo	Definizione di un proposta di integrazione della funzione specifica nell'ambito del progetto più generale di integrazione INRCA/ASUR/OSIMO, coerente a livello dipartimentale e condivisa a livello interaziendale; tale proposta, intesa come previsione di reciproca operatività in entrambi i Presidi, deve essere strutturata per fasi successive di sviluppo, compresa la parte operativa, da avviare laddove possibile entro l'anno. Il livello dipartimentale ha la responsabilità di presidiare lo sviluppo	Presentazione della proposta entro il 30/03/2016 Avvio delle attività secondo il cronoprogramma definito con la DMPO	vedi indicatore		15%		obiettivo non valutabile	
	Costruzione e avvio PDTA ca prostata	Predisposizione di un documento in collaborazione con UOC Urologia di consensus conference con il coinvolgimento di tutte le uu.oo. Di urologia delle marche	Produzione del documento sottoscritto e avvio operativo del PDTA e numero casi trattati	Produzione del documento Entro il 30/09/2016 Almeno 20 casi trattati secondo PDTA nel IV Trimestre 2016		15%		obiettivo raggiunto	
	Razionalizzazione risorse umane	Predisposizione di un documento in collaborazione con UOC Urologia di consensus conference con il coinvolgimento di tutte le uu.oo. Di urologia delle marche	Garantire prosecuzione attività ambulatoriale dell'Uo Urologia in caso di ferie del personale della UO	vedi indicatore		15%		obiettivo raggiunto	
	Avvio progetto HIFU multiaziendale	Produzione di un documento con il coinvolgimento delle altre UU.OO. Urologiche della Regione	Stesura e sottoscrizione del documento e avvio dell'operatività di sistema	entro il 30/10		15%		obiettivo raggiunto	
	Miglioramento della sicurezza e prevenzione delle cadute in Ospedale	1)Allineamento/aggiornamento della procedura aziendale alle disposizioni Regionali e/o Evidenze aggiornate 2) Messa a regime della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Estensione a tutte le UU.OO. della procedura "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 2) Rilevazione delle criticità applicative, studio e diffusione delle indicazioni operative e provvedimenti attuativi nella procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 3) Monitoraggio del livello di consapevolezza/responsabilità professionale nella gestione della procedura aziendale di "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Diffusione e applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2) Produzione documentata (Relazione di Unità Operativa su format predefinito) delle criticità riscontrate e dei suggerimenti di			25%	obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli	
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione di assenze impreviste e non programmabili	Sviluppo e redazione di procedura aziendale " Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile"	1) Diffusione a tutte le UU.OO./Servizi della proposta di procedura di " Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile". 2) Rilevazione delle criticità applicative, formulazione proposta di miglioramento. 3) Stesura definitiva e introduzione della procedura " Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile".	1) Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2) Produzione di procedura aziendale revisionata e aggiornata da parte del gruppo di lavoro multidisciplinare. (Pubblicazione della procedura nel sistema QSM 31/12/2016)			25%	obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli	
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione delle risorse umane in ottica Dipartimentale	Formulare ed implementare una proposta di procedura organizzativa per l'utilizzo flessibile di personale in ottica Dipartimentale	1 Espletare riunioni di Dipartimento UU.OO. E Servizi per la formulazione e condivisione della proposta di procedura 2 Sperimentare almeno 1 esperienza di condivisione dipartimentale di condivisione interscambio di risorse umane in ambito dipartimentale (Piano ferie estive ??)	1 Proposta di procedura dipartimentale formulata previa diffusione di informazione Fonte dati: Verbale riunione/i e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione procedura al DPS Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio ; 2 Sperimentazione almeno di 1 esperienza (piano ferie estive ??); Fonte dati: Relazione della P.O.D. con rendiconto delle situazioni, nominativi, date e orari di condivisione risorsa umana in ambito dipartimentale Modalità di rilevazione: Previsione aggiornamento prospetto turni			30%	obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli	
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		Responsabile : Dr. Peruzzi Direttore Dipartimento: Dr. Ricotti		BUDGET 2016						
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA		
Economico-finanziario	Miglioramento risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo di beni sanitari	Costo beni sanitari per n. di prestazioni	16,13	13,51	5%	2%			
	Miglioramento risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale /N. teste Medici + Laureati non Medici	183,105	188,754	10%				
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Sviluppo di modelli operativi ed organizzativi innovativi	Attivazione ambulatorio specialistico per Malattie infiammatorie Croniche Intestinali	Attivazione agenda di prenotazione su gestionale ad accesso riservato e numero prime visite effettuate	avvio delle attività entro il 01/06/2016 e almeno 30 prime visite		5%		obiettivo raggiunto		
	Sviluppo di modelli operativi ed organizzativi innovativi	Attivazione ambulatorio specialistico per malattie epatiche	Attivazione agenda di prenotazione su gestionale ad accesso riservato e numero prime visite effettuate	avvio delle attività entro il 01/06/2016 e almeno 30 prime visite		5%		obiettivo raggiunto		
	Sviluppo di modelli operativi ed organizzativi innovativi	Attivazione ambulatorio specialistico per anziani celiaci	Attivazione agenda di prenotazione su gestionale ad accesso riservato e numero prime visite effettuate	avvio delle attività entro il 01/06/2016 e almeno 10 prime visite		5%		obiettivo raggiunto		
	Integrazione Inrca / ASL	Definizione di un proposta di integrazione della funzione specifica nell'ambito del progetto più generale di integrazione INRCA/ASUR/OSIMO, coerente a livello dipartimentale e condivisa a livello interaziendale; tale proposta, intesa come previsione di reciproca operatività in entrambi i Presidi, deve essere strutturata per fasi successive di sviluppo, compresa la parte operativa, da avviare laddove possibile entro l'anno. Il livello dipartimentale ha la responsabilità di presidiare lo sviluppo delle proposte in un contesto di coerenza dipartimentale. La definizione della proposta è presidiata e coordinata dal tavolo tecnico specifico, condotto dalle DMPO dei due presidi e dal Dr Aldo Ricci.	Presentazione della proposta entro il 15/03/2016 Avvio delle attività secondo il cronoprogramma definito con la DMPO	vedi indicatore		10%		obiettivo raggiunto		
	Promozione del Brand INRCA	Incontri del personale UOSD Gastroenterologia con associazioni pazienti MICI Marche	Effettuazione incontro e produzione di materiale divulgativo	Almeno un incontro annuale entro il 30/09 con produzione di materiale divulgativo entro la stessa data		5%		obiettivo raggiunto		
	Promozione del Brand INRCA	Incontri del personale UOSD Gastroenterologia con associazione celiachia AIC Marche	Effettuazione incontro e produzione di materiale divulgativo	Almeno un incontro annuale entro il 31/12 con produzione di materiale divulgativo entro la stessa data		5%		obiettivo raggiunto		
	Valorizzazione risorse umane e professionali	Definizione PDTA con UOSD Nutrizione e Dermatologia per pz con MICI	Stesura e avvio del PDTA aziendale entro 30 giorni dall'emanazione della DGRM relativa a tale PDTA	vedi indicatore		5%		obiettivo non valutabile		
	Promozione del Brand INRCA apertura al territorio	Ambulatorio Stomizzati: definizione ed attivazione di un progetto per assistenza domiciliare stomizzati	Stesura progetto ed invio alla Direzione Generale	entro il 30.06.2016		5%	18%	obiettivo raggiunto		
	Miglioramento della sicurezza e prevenzione delle cadute in Ospedale	1 Allineamento/aggiornamento della procedura aziendale alle disposizioni Regionali e/o Evidenze aggiornate. 2 Messa a regime della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Estensione a tutte le UU.OO. della procedura "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 2) Rilevazione delle criticità applicative, studio e diffusione delle indicazioni operative e provvedimenti attuativi nella procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 3) Monitoraggio del livello di consapevolezza/responsabilità professionale nella gestione della procedura aziendale di "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Diffusione e applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2) Produzione documentata (Relazione di Unità Operativa su format predefinito) delle criticità riscontrate e dei suggerimenti di miglioramento nella applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (Presenza di Documentazione/format di UU.OO. 100% ) 3) Somministrazione di questionario mirato basato sulla conoscenza della procedura, aspetti etici e normativi e responsabilità professionale in relazione alla "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata.			20%	obiettivo raggiunto		
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione di assenze impreviste e non programmabili	Sviluppo e redazione di procedura aziendale " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile"	1) Diffusione a tutte le UU.OO./Servizi della proposta di procedura di " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile". 2) Rilevazione delle criticità applicative, formulazione proposte di miglioramento. 3) Stesura definitiva e introduzione della procedura Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile".	1) Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/i e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2) Produzione di procedura aziendale revisionata e aggiornata da parte del gruppo di lavoro multidisciplinare. (Pubblicazione della procedura nel sistema QSM 31/12/2016) Fonte dati: Procedura aziendale revisionata e aggiornata approvata e pubblicata nel QSM 3) Somministrazione di questionario mirato basato sulla conoscenza della procedura, aspetti etici e normativi e responsabilità professionale in relazione alla " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile"			20%	obiettivo raggiunto		
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione delle risorse umane in ottica Dipartimentale	Formulare ed implementare una proposta di procedura organizzativa per l'utilizzo flessibile di personale in ottica Dipartimentale	1) Espletare riunioni di Dipartimento UU.OO. E Servizi per la formulazione e condivisione della proposta di procedura 2) Sperimentare almeno 1 esperienza di condivisione dipartimentale di condivisione interscambio di risorse umane in ambito dipartimentale (Piano ferie estive)	1) Proposta di procedura dipartimentale formulata previa diffusione di informazione Fonte dati: Verbale riunione/i e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione procedura al DPS Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio ; 2) Sperimentazione almeno di 1 esperienza (piano ferie estive); Fonte dati: Relazione della P.O.D. con rendiconto delle situazioni, nominativi, date e orari di condivisione risorsa umana in ambito dipartimentale rilevazione: Previsione aggiornamento prospetto turni / verifica presenza in servizio. Modalità di			20%	obiettivo raggiunto		
	Governo dei tempi di attesa in applicazione della DGR 808/2015	Aumento complessivo slot prestazioni monitorate (obiettivo di Unità Operativa erogante sedi Ancona e Fermo)	n. complessivo slot disponibili per prestazioni oggetto di monitoraggio 2015 / n. complessivo slot disponibili per prestazioni oggetto di monitoraggio 2016	Aumento complessivo slot prestazioni monitorate almeno +5% (nota: esclusi progetti direzionali e utilizzo fondo balduzzi) rispetto al 2016. In collaborazione con la DAPO e con verifica DMPO		10%		obiettivo raggiunto		
Prospettiva dell'utenza e stakeholder	Ricerca Scientifica	Analisi della letteratura sulle principali aree di ricerca in ambito di gastroenterologia geriatrica	Presentazione report	entro il 15.07.2016		5%		obiettivo raggiunto		
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					25%	20%			

'R3610400 - S.O.S.D GEST. ATT. CHIRURGICA DERMATOCHIRURGIA		BUDGET 2016						
Responsabile : Dr. Giacchetti Direttore Dipartimento: Dr. Ricotti								
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZIA	PESO COMPARATO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	Miglioramento risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo di beni sanitari	Costo Beni sanitari per nn di ricoveri+prestazioni ambulatoriali	6,42	5,15	10%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale /N. teste Medici + Laureati non Medici	211.871	213.184	15%		obiettivo raggiunto
	Integrazione Inrca / ASUR/ Osimo	Definizione di un proposta di integrazione della funzione specifica nell'ambito del progetto più generale di integrazione INRCA/ASUR/OSIMO, coerente a livello dipartimentale e condivisa a livello interaziendale; tale proposta, intesa come previsione di reciproca operatività in entrambi i Presidi, deve essere strutturata per fasi successive di sviluppo, compresa la parte operativa, da avviare laddove possibile entro l'anno. Il livello dipartimentale ha la responsabilità di presidiare lo sviluppo delle proposte in un contesto di coerenza dipartimentale. La definizione della proposta è presidiata e coordinata dal tavolo tecnico specifico, condotto dalle DMPO dei due presidi e dal dr Aldo Ricci.	Presentazione della proposta entro il 15/03/2016 Avvio delle attività secondo il cronoprogramma definito con la DMPO	vedi indicatore		10%		obiettivo non valutabile
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Verifica qualità prestazioni	Somministrazione di un questionario di gradimento per gli utenti	somministrazione del questionario aziendale	somministrazione questionario a 110 pz ambulatoriali e a 40 pz chirurgici		20%		obiettivo raggiunto
	verifica della sterilità per le prestazioni chirurgiche	Istituzione registro infezioni post chirurgiche	Attivazione registro infezioni	A partire da novembre 2016 Rilevazione dei casi incidenti e trasmissione di un report alla DMPO entro 31 gennaio 2017		20%		obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					25%	20%	

RS3 10600 - SOC NEUROLOGICO-CENTRO ALZHEIMER / STROKE UNIT AN		Responsabile : Dr. Pellicioni Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli		BUDGET 2016					
SETTORE	OBBIETTIVO	BUDGET 2016	INDICATORE	VALORE OBBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo di beni sanitari	Costo Beni sanitari per riga di degenza		38,35	36,53	10%	2%	obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenzialiste (N. teste Medici + Laureati non Medici)		197,028	189,951	5%		obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	Valutazioni neuropsicologiche di follow-up di pazienti affetti da Mild Cognitive Impairment al fine di individuare indicatori cognitivo-comportamentali precoci di evoluzione sfavorevole e predisposizione di un documento di indirizzo tecnico	Esecuzione di testistica psicometrica di follow-up in pazienti affetti da demenza in evoluzione Predisposizione di un documento di indirizzo sulle indicazioni al trattamento dei pazienti con MCI sulla base dei risultati dello studio	Presenza nell'archivio dell'avvenuta esecuzione e registrazione di testistica psicometrica per 50 pazienti entro il 31/07/2016. Predisposizione del documento entro il 30/09/2016			10%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	Predisposizione di documenti in collaborazione UO Geriatria Ferme con protocolli operativi e progetti relativi a corsi su presa in carico caregiver e su trattamenti psicossociali. In coerenza con gli obiettivi e mandato all'Istituto del Piano Demenze regionale	Messa a punto di un documento con i protocolli operativi su 2 temi e organizzazione di almeno un corso regionale su ciascuno di essi.	Predisposizione dei protocolli operativi (Caregiver: entro il 30/06/2016; Trattamento psicossociali: entro 30/09/2016). Effettuazione di almeno 1 Corso formativo sull'intervento sui caregiver (entro il 31/10/2016) e di almeno 1 corso sui trattamenti psicossociali entro gennaio 2017.			10%	10%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento qualità ed appropriatezza delle prestazioni erogate	Messa a punto di protocolli operativi con la partecipazione del personale del comparto tra le U.O.U. di Neurologia, Geriatria-AGU, Diagnostica per Immagini e Medicina riabilitativa per il percorso dell'ictus nel paziente geriatrico.	Realizzazione dei protocolli entro il 30/06/2016. Implementazione dei protocolli entro il 01/10/2016 e produzione del report entro il 31/01/2017	vedi indicatore			5%	13%	obiettivo raggiunto
	Integrazione Inrca / ASU	Definizione di un proposta di integrazione della funzione specifica nell'ambito del progetto più generale di integrazione INRCA/ASUR/OSIMO, coerente a livello dipartimentale e condivisa a livello interaziendale; tale proposta, intesa come previsione di reciproca operatività in entrambi i Presidi, deve essere strutturata per fasi successive di sviluppo, compresa la parte operativa, da avviare laddove possibile entro l'anno. Il livello dipartimentale ha la responsabilità di presidiare lo sviluppo delle proposte in un contesto di coerenza dipartimentale. La definizione della proposta è presidiata e coordinata dal tavolo tecnico specifico, condotto dalle DMPO di due presidi e dal dr Aldo Ricci.	Presentazione della proposta entro il 15/03/2016 Avvio delle attività secondo il cronoprogramma definito con la DMPO	vedi indicatore			10%		obiettivo raggiunto
	Rispetto del regolamento dei ricoveri relativamente all'accesso di pazienti dal PPI secondo i criteri concordati	Miglioramento nella gestione dell'attività del proprio reparto al fine di favorire il rispetto di quanto previsto nel regolamento dei ricoveri rispetto agli accessi dal PPI. In particolare sarà valutato anche il miglioramento degli indicatori del nomogramma di Barber	Rispetto del regolamento dei ricoveri	verifica a cura della DMPO e controllo di gestione			5%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali correlati alla prevenzione e gestione lesioni da decubito	1 Revisione e aggiornamento procedura aziendale di riferimento. 2 Rilevazione della qualità dell'assistenza nella prevenzione e trattamento L2d (2 indagini di prevalenza)	1 Espletamento attività di rilevazione raccolta criticità e formulazione proposte nelle unità operative di degenza (gruppi di lavoro multidisciplinari di U.O.U.); 2 Attivazione di gruppo di lavoro multidisciplinare per la revisione e aggiornamento procedura aziendale. (1 Componente di U.O.U. - 1 di Dipartimento - 1 di P.O.R.) 3 Indagine di prevalenza per il monitoraggio degli esiti assistenziali in relazione alla prevenzione e gestione l2d (Servizi di direzione Medica e infermieristica)	1 Livello di partecipazione del personale di U.O.U. alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2016. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunioni e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2 Produzione di procedura aziendale revisionata e aggiornata da parte del gruppo di lavoro multidisciplinare. (Publicazione della procedura nel sistema QSM 31/12/2016) Fonte dati: Procedura aziendale revisionata e aggiornata approvata e pubblicata nel QSM 3 Espletamento di 2 indagini di prevalenza per il monitoraggio degli esiti assistenziali correlati alla prevenzione e gestione l2d attraverso format predisposti dalla DPS Fonte dati: n.1° indagine nel primo Semestre, 2° indagine nel secondo semestre Modalità di rilevazione: Relazione e diffusione dati indagini di prevalenza espletate su format predisposto dalla DPS			10%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali correlati al cateterismo vescicale	Implementare l'ecografia vescicale infermieristica mediante l'utilizzo del Bladder Scanner in ausilio al cateterismo	1 Formazione del personale infermieristico per l'acquisizione delle competenze necessarie. 2 Stesura di una procedura di riferimento. 3 Utilizzo della tecnica bladder scanner in ausilio al cateterismo vescicale	1 Realizzazione della formazione per l'addestramento all'utilizzo del bladder scanner. (almeno 50% del personale U.O./ Dipartimento) Fonte dati: Accredittamento ECM Modalità di rilevazione: Firma di presenza e questionari apprendimento Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2 Produzione e approvazione di procedura aziendale da parte di gruppo di lavoro multidisciplinare. (Publicazione della procedura nel sistema QSM 31/12/2016) Fonte dati: Procedura aziendale revisionata e aggiornata approvata e pubblicata nel QSM 3 Raccolta dati attraverso apposita compilazione di scheda dedicata (1 copia in cartella 1 copia al Coordinatore U.O. che trasmette alla DPS) Fonte dati: Schede trasmesse Modalità di rilevazione: N° cateterismi effettuati con ausilio bladder scanner Criterio di calcolo: almeno 3 Cateterismi effettuati con successo con ausilio bladder scanner			10%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento della sicurezza e prevenzione delle cadute in Ospedale	1 Allineamento/aggiornamento della procedura aziendale alle disposizioni Regionali e/o Evidenze aggiornate. 2 Messa a regime della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Estensione a tutte le U.O.U. della procedura "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 2) Rilevazione delle criticità applicative, studio e diffusione delle indicazioni operative e provvedimenti attuati nella procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 3) Monitoraggio del livello di consapevolezza/responsabilità professionale nella gestione della procedura aziendale di "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Diffusione e applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunioni e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2) Produzione documentata (Relazione di Unità Operativa su format predefinito) delle criticità riscontrate e dei suggerimenti di miglioramento nella applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (Presenza di Documentazione/format di U.O.U. 100%) 3) Somministrazione di questionario mirato basato sulla conoscenza della procedura, aspetti etici e normativi e responsabilità professionale in relazione alla "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata. (partecipazione > 75% personale del comparto) Fonte dati: % questionari distribuiti / % questionari ritorni			10%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione delle risorse umane in ottica Dipartimentale	Sviluppo e redazione di procedura aziendale " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile"	1) Diffusione a tutte le U.O.U./Servizi della proposta di procedura di " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile". 2) Rilevazione delle criticità applicative, formulazione proposte di miglioramento. 3) Stesura definitiva e introduzione della procedura " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile".	1 Livello di partecipazione del personale di U.O.U. alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2016. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunioni e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2) Produzione di procedura aziendale revisionata e aggiornata da parte del gruppo di lavoro multidisciplinare. (Publicazione della procedura nel sistema QSM 31/12/2016) Fonte dati: Procedura aziendale revisionata e aggiornata approvata e pubblicata nel QSM 3) Somministrazione di questionario mirato basato sulla conoscenza della procedura, aspetti etici e normativi e responsabilità professionale in relazione alla " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile". (partecipazione > 75% personale del comparto)			15%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione delle risorse umane in ottica Dipartimentale	Formulare ed implementare una proposta di procedura organizzativa per l'utilizzo flessibile di personale in ottica Dipartimentale	1 Espletare riunioni di Dipartimento U.O.U. E Servizi per la formulazione e condivisione della proposta di procedura 2 Implementare almeno 1 esperienza di condivisione dipartimentale di condivisione interscambio di risorse umane in ambito dipartimentale (Piano ferie estive)	1 Proposta di procedura dipartimentale formulata previa diffusione di informazione Fonte dati: Verbale riunioni e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione procedura al DPS Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio ; 2 Somministrazione almeno di 1 esperienza (piano ferie estive). Fonte dati: Relazione della P.O.D. con rendiconto delle situazioni, nominativi, date e orari di condivisione risorsa umana in ambito dipartimentale. Modalità di rilevazione: Previsione aggiornamento prospetto turni / verifica presenza in servizio.			10%		obiettivo raggiunto
	Aumento complessivo slot prestazioni monitorate (obiettivo di Unità Operativa erogante sedi Ancona e Ferme)	n. complessivo slot disponibili per prestazioni oggetto di monitoraggio 2015 / n. complessivo slot disponibili per prestazioni oggetto di monitoraggio 2016	n. di Prestazioni-slot settimanali messi a disposizione dei pazienti interessati dalla presa in carico, così come previsto dalla DGR 808/15 e dalla determina 3660/15	Aumento complessivo slot prestazioni monitorate almeno +5% (nota: esclusi progetti direzionali e utilizzo fondo balduzzi) rispetto al 2016. In collaborazione con la DAPFO e con verifica DMPO			2,5%		obiettivo non raggiunto
	Governo dei tempi di attesa in applicazione della DGR 808/2015	Presenza in carico di Cardiologia, Neurologia, Diabetologia e Neurologia garanzia slot dedicati a prestazioni indicate in collaborazione con la DMP per la presa in carico (obiettivo di Unità Operativa erogante per le U.O.U. della sede di Ancona di Cardiologia, Neurologia, Diabetologia, Neurologia, Radiologia, UOS Prevenzione tumori prestativi)	n. di Prestazioni-slot settimanali messi a disposizione dei pazienti interessati dalla presa in carico, così come previsto dalla DGR 808/15 e dalla determina 3660/15	n. minimo di slot attivati concordato con la DMP e in collaborazione con la DAPFO Verifica della DMPO			2,5%		obiettivo raggiunto
	Prenotazione e ricetta dematerializzata per tutte le richieste prescritte dalla UO di Neurologia.	n. ricette dematerializzate / n. complessivo ricette n. prenotazioni dematerializzate / n. complessivo ricette (relative a prestazioni prescritte dall'UO ed erogate dall'INRCA)	n. ricette dematerializzate / n. complessivo ricette n. prenotazioni dematerializzate / n. complessivo ricette (relative a prestazioni prescritte dall'UO ed erogate dall'INRCA)	n. ricette dematerializzate / n. complessivo ricette -1 (dalla data di completamento delle attività volte alla risoluzione delle difficoltà tecniche tutt'ora presenti, comunicata ufficialmente dal Servizio Informatico) n. prenotazioni dematerializzate / n. complessivo ricette (relative a prestazioni prescritte dall'UO ed erogate dall'INRCA)=1 (dalla data di completamento delle attività volte alla risoluzione delle difficoltà tecniche tutt'ora presenti, comunicata ufficialmente dal Servizio Informatico)			2,5%		obiettivo non valutabile
Prospettiva dell'utenza e stakeholder	Produzione Scientifica	Punteggio IF	Punteggio IF		4,00	12,00	5%		
	Ricerca a progetto	Progetto Polso Giugulare	Presentazione del progetto a Fondazione Carisecurata	Presentazione report al 31/12/2016			5%		
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%	

R2410200 - SOC CENTRO RICERCA TRASLAZIONALE NUTRIZIONE E INVECCHIAMENTO		Responsabile : Dr. Provinciali Direttore Dipartimento: dr.Antonicelli		BUDGET 2016				
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
	<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>	Integrazione risorse istituzionali	Ricerca fondi c/o agenzie di finanziamento attraverso presentazione progetti	Finanziamento dei progetti presentati	20.000	-	25%	obiettivo raggiunto
	Produzione scientifica	Invio articoli a riviste con IF	Punteggio IF	20	47	25%		obiettivo raggiunto
	Promozione del brand Inrca	Sviluppo di partnership e reti collaborative con organismi esterni	Organizzazione di un evento in collaborazione con Centro Patologia Clinica, Centro Tecnologie Avanzate e Centro Neurobiologia con i principali stakeholder regionali coinvolti nella ricerca biomedica	entro 31/12/2016		25%	80%	obiettivo raggiunto
<i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i>	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%

R2410300 - SOC CENTRO NEUROBIOLOGIA DELL'INVECCHIA MENTO AN		BUDGET 2016							
Responsabile : Prof. Conti Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli									
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZ A	PESO COMPA RTO	VALUTA ZIONE 2° ISTANZA	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Attività di sperimentazione	Prosecuzione studio sulle alterazioni della plasticità nell'aging	Produzione di risultati preliminari	Presentazione report		10%	20%	obiettivo raggiunto	
	Attività assistenziale	Dosaggi liquorali di beta-amiloide, tau totale e fosfo-tau su pazienti con demenza	Esami svolti su totale campioni ricevuti			10%	20%	obiettivo raggiunto	
	Attività informativa	INRCA Lecture on Brain Aging	5 edizione INRCA Lecture on Brain Aging			5%	20%	obiettivo raggiunto	
	Microscopio confocale - Progetto dell'Uo Dermatologia, del Centro Neurobiologia dell'invecchiamento, Centro tecnologie invecchiamento	Presentazione di un progetto sull'utilizzo del microscopio confocale che tenga conto della dimensione assistenziale e di ricerca	Piano di azione da presentare entro 30/06/2016			10%		obiettivo raggiunto	
	Promozione del brand Inrca	Sviluppo di partnership e reti collaborative con organismi esterni	Organizzazione di un evento in collaborazione con UO Centro Patologia Clinica, UO Centro Traslaazionale Nutrizione e UO Centro Tecnologie Avanzate dell'invecchiamento con i principali stakeholder regionali coinvolti nella ricerca biomedica	entro 31/12/2016		10%		obiettivo raggiunto	
	Caratterizzazione di un modello murino INRCA di malattia di Alzheimer	Valutazione del modello murino a livello biochimico, istologico e comportamentale	Produzione di risultati preliminari	Presentazione Report		10%	20%	obiettivo raggiunto	
	Produzione scientifica	Invio articoli a riviste con IF	IF	20.00	22	10%		obiettivo raggiunto	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder	Integrazione risorse istituzionali	Ricerca fondi c/o agenzie di finanziamento	Presentazione progetti per ottenimento di finanziamenti	20.000	0	10%		obiettivo raggiunto	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					25%	20%		

R3610100 - SOC CARDIOLOGIA/UTIC/TE LECARDIOLOGIA AN		Responsabile : Dr. Antonicelli Direttore Dipartimento: Dr. Antonicelli		BUDGET 2016					
SETTORE	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo di beni sanitari	Costo Beni sanitari per gg di degenza	86,99	79,49	10%	2%	obiettivo raggiunto	
	Risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale /N. teste Medici + Laureati non Medici	317.202	305.943,44	10%		obiettivo raggiunto	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Miglioramento qualità ed appropriatezza delle prestazioni erogate	Sperimentazione ed applicazione del protocollo diagnostico (approvato nel 2015) nell'ambito diabetico con PAD esteso al distretto cardiaco. Obiettivo condiviso con l'U.O. di Cardiologia, Diagnostica per le Immagini, Medicina Nucleare	Audit sull'attività svolta nel 2015 e nel 2016 da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2016			5%	obiettivo raggiunto	
	Sviluppo di attività innovative finalizzate alla ricerca clinica e sperimentale. (obiettivo di ricerca)	Attivazione dello studio, con le U.O. di Diagnostica per Immagini, sul prelievo ematico (a scopo di ricerca nel campo dei microRNA) in corso di coronarografia e/o procedure di interventistica cardiologica (prosecuzione di obiettivo 2015)	Numero di pazienti (inclusi nello studio) sottoposti a prelievi ematici in corso di coronarografia	Avvio dello studio entro il 31 dicembre			5%	obiettivo non valutabile	
	Sviluppo del Progetto di Telemedicina in Cardiologia	Adeguamento dell'attuale attività in termini amministrativi e predisposizione di un progetto secondo le indicazioni del gruppo di lavoro di Istituto	Produzione di un documento sullo stato attuale del Centro di Telemedicina in termini di potenzialità e criticità con riferimento anche al progetto regionale Area interne (entro il 30/11/2016) con valutazione della Direzione Sanitaria.	Vedi indicatore			10%	obiettivo raggiunto	
	Integrazione Inrca / ASUR	Definizione di un proposta di integrazione della funzione specifica nell'ambito del progetto più generale di integrazione INRCA/ASUR/OSIMO, coerente a livello dipartimentale e condivisa a livello interaziendale; tale proposta, intesa come previsione di reciproca operatività in entrambi i Presidi, deve essere strutturata per fasi successive di sviluppo, compresa la parte operativa, da avviare laddove possibile entro l'anno. Il livello dipartimentale ha la responsabilità di presidiare lo sviluppo delle proposte in un contesto di coerenza dipartimentale. La definizione della proposta è presidiata e coordinata dal tavolo tecnico specifico, condotto dalle DMPO dei due presidi e dal dr Aldo Ricci.	Presentazione della proposta entro il 15/03/2016 Avvio delle attività secondo il cronoprogramma definito con la DMPO	vedi indicatore	obiettivo raggiunto come da attestazione della DMPO		10%	obiettivo raggiunto	
	Rispetto del regolamento dei ricoveri relativamente all'accesso di pazienti dai PPI secondo i criteri già concordati	Miglioramento nella gestione dell'attività del proprio reparto al fine di favorire il rispetto di quanto previsto nel regolamento dei ricoveri rispetto agli accessi dai PPI. In particolare sarà valutato anche il miglioramento degli indicatori del nomogramma di Barber	Rispetto del regolamento dei ricoveri	verifica a cura della DMPO	obiettivo raggiunto al 94,05%		5%	obiettivo raggiunto	
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali correlati alla prevenzione e gestione lesioni da decubito	1 Revisione e aggiornamento procedura aziendale di riferimento. 2 Rilevazione della qualità dell'assistenza nella prevenzione e trattamento Ldd (2 indagini di prevalenza)	1 Espletamento attività di rilevazione raccolta critica e formulazione proposte nelle unità operative di degenza (gruppi di lavoro multidisciplinari di UU.OO.); 2 Attivazione di gruppo di lavoro multidisciplinare per la revisione e	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione critica e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/ e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/ e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio.	obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli			15%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento della qualità dei processi assistenziali correlati al catetismo vescicale	Implementare l'ecografia vescicale infermieristica mediante l'utilizzo del Bladder Scanner in ausilio al catetismo	1 Formazione del personale infermieristico per l'acquisizione delle competenze necessarie. 2 stesura di una procedura di riferimento. 3 Utilizzo della tecnica bladder scanner in	1 Realizzazione della formazione per l'addestramento all'utilizzo del bladder scanner. (almeno 50% del personale U.O. /Dipartimento) Fonte dati: Accredimento ECM Modalità di rilevazione: Firma di presenza e questionari apprendimento Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio.	obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli			15%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento della sicurezza e prevenzione delle cadute in Ospedale	1 Allineamento/aggiornamento della procedura aziendale alle disposizioni Regionali e/o Evienze aggiornate. 2 Messa a regime della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Estensione a tutte le UU.OO. della procedura "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 2) Rilevazione delle criticità applicative, tramite il sottogruppo di lavoro del DPS	1) Diffusione e applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" Fonte dati: Verbale riunione/ e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/ e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento.	obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli			10%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione di assenze impreviste e non	Sviluppo e redazione di procedura aziendale " Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile"	1) Diffusione a tutte le UU.OO./Servizi della proposta di procedura di " Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile".	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione critica e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/ e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/ e/o documentazione di riferimento con relative criticità e	obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli			10%	obiettivo raggiunto
	Governo dei tempi di attesa in applicazione della DGR 808/2015	Aumento complessivo slot prestazioni monitorate (obiettivo di Unità Operativa erogate sedi Ancona e Fermo)	n. complessivo slot disponibili per prestazioni oggetto di monitoraggio 2015 / n. complessivo slot disponibili per prestazioni oggetto di monitoraggio 2016	Aumento complessivo slot prestazioni monitorate almeno +5% (nota: esclusi progetti direzionali e utilizzo fondo bakuzzi) rispetto al 2016. In collaborazione con la DAPO e con verifica DMPO	OBBIETTIVO RAGGIUNTO				obiettivo raggiunto
		Presenza in carico di Cardiologia, Nefrologia, Diabetologia e Neurologia: garanzia slot dedicati a prestazioni individuate in collaborazione con la DMP per la presa in carico (obiettivo di Unità Operativa erogate per le UUOO della sede di Ancona di Cardiologia, Nefrologia, Diabetologia, Neurologia, Radiologia, UOS Prevenzione tumori prostatici)	n. di Prestazioni-slot settimanali messi a disposizione dei pazienti interessati dalla presa in carico, così come previsto dalla DGR 808/15 e dalla determina 360/15	n. minimo di slot attivati concordato con la DMP e in collaborazione con la DAPO Verifica della DMPO	OBBIETTIVO RAGGIUNTO				obiettivo raggiunto
		Prenotazione e ricetta dematerializzata per tutte le richieste prescritte dalla UO di Cardiologia.	n. ricette dematerializzate / n. complessivo ricette	n. ricette dematerializzate / n. complessivo ricette +1 (dalla data di completamento delle attività volte alla risoluzione delle difficoltà tecniche tuttora presenti, comunicata ufficialmente dal Servizio Informatico)	OBBIETTIVO NON VALUTABILE PER MANCANZA DEL DATO AL DENOMINATORE	10%		obiettivo non valutabile	
			n. prenotazioni dematerializzate / n. complessivo ricette (relative a prestazioni prescritte dall'UUOO ed erogate dall'INRCA)	n. prenotazioni dematerializzate / n. complessivo ricette (relative a prestazioni prescritte dall'UUOO ed erogate dall'INRCA)	OBBIETTIVO NON VALUTABILE PER MANCANZA DEL DATO AL DENOMINATORE			obiettivo non valutabile	
		Miglioramento dell'organizzazione nella gestione delle risorse umane in ottica Dipartimentale	1 Espletare riunioni di Dipartimento UU.OO. E Servizi per la formulazione e condivisione della proposta di procedura 2 Sperimentare, almeno 1 esperienza di condivisione dipartimentale di condivisione	1 Preparata di procedura dipartimentale formulata previa diffusione di informazione Fonte dati: Verbale riunione/ e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione procedura al DPS 2 Sperimentazione almeno di 1 esperienza (piano ferie estive);	obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli			10%	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder	Ricerca a progetto	Progetto Polso Giugulare	Presentazione del progetto a Fondazione Carimacerata	Presentazione report al 31/12/2016			5%	obiettivo raggiunto	
	Produzione Scientifica	Punteggio IF	Punteggio IF	6,00	6	5%		obiettivo raggiunto	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%	

IR3610900 - SOC MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA AN		Responsabile : Dr. Boemi Direttore Dipartimento: dr. Antonice III		BUDGET 2016					
SETTORE	OGGETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° Istanza	
Economico-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo di beni sanitari	Costo Beni sanitari per n. prestazioni		0,58	0,54	5%	2%	obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale /N. teste Medici + Laureati non Medici		299.032	298.194,18	5%		obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Creazione di un osservatorio regionale sulla malattia diabetica	Definizione di progetto con ars marche per la raccolta e l'elaborazione dei dati dalle diverse fonti (database clinici ed amministrativi)	presentazione del progetto	entro il 31/12			5%		obiettivo raggiunto
	Aumentare l'offerta sanitaria in coerenza con dgen 380 del 27 novembre 2015	Incrementare l'offerta di screening per la retinopatia diabetica migliorare la capacità diagnostica	Numero di esami effettuati	Aumento del 15% degli esami effettuati rispetto al 2015			10%		obiettivo raggiunto
	Migliorare la qualità dei contenuti della cartella ambulatoriale	Stesura ed implementazione di linee guida per la corretta gestione del software	Formazione degli operatori	100% di operatori formati (certificazione da parte del direttore UOC)			5%	8%	obiettivo raggiunto
	Sviluppare procedure di contenimento del rischio legato alla terapia insulinica per i pazienti e gli operatori	Stesura ed implementazione di linee guida a livello di por	Produzione del documento entro il 31.12.2016	vedi indicatore			5%	10%	obiettivo raggiunto
	Formazione del paziente e del caregiver	Educare un campione di utenti diabetici/care-giver ad una corretta alimentazione tramite una formazione sul campo	Creazione di gruppi di intervento	Formazione di 2 gruppi			5%	10%	obiettivo raggiunto
	Integrazione Inrca / ASUR/ O	Definizione di un proposta di integrazione della funzione specifica nell'ambito del progetto più generale di integrazione INRCA/ASUR/OSIMO, coerente a livello dipartimentale e condivisa a livello interaziendale; tale proposta, intesa come previsione di reciproca operatività in entrambi i Presidi, deve essere strutturata per fasi successive di sviluppo, compresa la parte operativa, da avviare laddove possibile entro l'anno. Il livello dipartimentale ha la responsabilità di presidiare lo sviluppo delle proposte in un contesto di coerenza.	Presentazione della proposta entro il 15/03/2016 Avvio delle attività secondo il cronoprogramma definito con la DMPO	vedi indicatore		obiettivo raggiunto come da relazione della DMPO	10%		obiettivo raggiunto
	Valutazione di interventi di telemedicina nel settore diabetologico	Predisposizione di un progetto di Telemedicina concordato con il gruppo di lavoro di Istituto	Stesura del progetto in coerenza con le indicazioni del gruppo di lavoro di Istituto	Stesura del progetto entro il 31 maggio 2016			5%		obiettivo raggiunto
	Ridurre il numero di prestazioni inappropriate	stesura ed implementazione delle linee guida per lo screening delle complicanze	Formulazione linee guida	Inserimento procedura nel sistema qualità entro il 31/07			5%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento della sicurezza e prevenzione delle cadute in Ospedale	1) Allineamento/aggiornamento della procedura aziendale alle disposizioni Regionali e/o Evidenze aggiornate. 2) Messa a regime della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Estensione a tutte le UU.OO. della procedura "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 2) Rilevazione delle criticità applicative, studio e diffusione delle indicazioni operative e provvedimenti attuativi nella procedura aziendale. "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 3) Monitoraggio del livello di consapevolezza/responsabilità	1) Diffusione e applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (almeno 75% del personale). Fonte dati: Verbale riunione/i e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2) Produzione documentata (Relazione di Unità Operativa su format predefinito) delle criticità riscontrate e dei suggerimenti di miglioramento nella applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (Presenza di Documentazione/format di UU.OO. 100%). 3) Somministrazione di questionario mirato basato sulla conoscenza della procedura.		obiettivo raggiunto come da relazione del dott. Marinelli	15%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione di assenze impreviste e non programmabili	Sviluppo e redazione di procedura aziendale " Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile"	1) Diffusione a tutte le UU.OO./Servizi della proposta di procedura di Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile". 2) Rilevazione delle criticità applicative, formulazione proposte di miglioramento. 3) Stesura definitiva e introduzione della procedura " Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile".	1) Diffusione a tutte le UU.OO./Servizi della proposta di procedura di Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile". 2) Rilevazione delle criticità applicative, formulazione proposte di miglioramento. 3) Stesura definitiva e introduzione della procedura " Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile". 4) Somministrazione di questionario mirato basato sulla conoscenza della procedura.		obiettivo raggiunto come da relazione del dott. Marinelli	15%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione delle risorse umane in ottica Dipartimentale	Formulare ed implementare una proposta di procedura organizzativa per l'utilizzo flessibile di personale in ottica Dipartimentale	1) Espletare riunioni di Dipartimento UU.OO. E Servizi per la formulazione e condivisione della proposta di procedura 2) Sperimentare almeno 1 esperienza di condivisione dipartimentale di risorse 3) Condivisione interscambio di risorse umane in ambito dipartimentale (Piano ferie estive ??)	1) Proposta di procedura dipartimentale formulata previa diffusione di informazione. Fonte dati: Verbale riunione/i e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione procedura al DPS Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio ; 2) Sperimentazione almeno di 1 esperienza (piano ferie estive ??); Fonte dati: Relazione della P.O.D. con rendiconto delle situazioni, nominativi, date e orari di condivisione risorsa umana in ambito dipartimentale Modalità di rilevazione: Previsione aggiornamento prospetto turni / verifica presenza in		obiettivo raggiunto	20%		obiettivo raggiunto
	Governo dei tempi di attesa in applicazione della DGR 808/2015	Aumento complessivo slot prestazioni monitorate (obiettivo di Unità Operativa erogante sedi Ancona e Fermo)  Presenza in carico di Cardiologia, Neurologia, Diabetologia e Neurologia: garanzia slot dedicati a prestazioni individuate in collaborazione con la DMP per la presa in carico (obiettivo di Unità Operativa erogante per le UUOO della sede di Ancona di Cardiologia, Neurologia, Diabetologia, Neurologia, Radiologia, UCS Prevenzione tumori)	n. complessivo slot disponibili per prestazioni oggetto di monitoraggio 2015 / n. complessivo slot disponibili per prestazioni oggetto di monitoraggio 2016  n. di Prestazioni-slot settimanali messi a disposizione dei pazienti interessati dalla presa in carico, così come previsto dalla DGR 808/15 e da determina 360/15	Aumento complessivo slot prestazioni monitorate almeno +5% (nota: esclusi progetti direzionali e utilizzo fondo balduzzi) rispetto al 2016. In collaborazione con la DAPO e con verifica DMPO  n. minimo di slot attivati concordato con la DMP e in collaborazione con la DAPO Verifica della DMPO			10%		obiettivo non valutabile  obiettivo raggiunto
		Prenotazione e ricetta dematerializzata per tutte le richieste prescritte dalla UO di Diabetologia.	n. ricette dematerializzate / n. complessivo ricette  n. prenotazioni dematerializzate / n. complessivo ricette (relative a prestazioni prescritte dall'UUOO ed erogate dall'INRCA)	n. ricette dematerializzate / n. complessivo ricette =1 (dalla data di completamento delle attività volte alla risoluzione delle difficoltà tecniche tuttora presenti, comunicata ufficialmente dal Servizio Informatico)  n. prenotazioni dematerializzate / n. complessivo ricette (relative a prestazioni prescritte dall'UUOO ed erogate dall'INRCA)=1 (dalla data di completamento delle attività volte alla risoluzione delle difficoltà tecniche tuttora presenti, comunicata ufficialmente dal Servizio Informatico)		obiettivo non valutabile  obiettivo non valutabile			obiettivo non valutabile  obiettivo non valutabile
Prospettiva dell'utenza e stakeholder	PRODUZIONE SCIENTIFICA	Impact Factor	Punteggio IF		4,00	46,00	5%		obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%	

R3611100 - SOC NEFROLOGIA E DIALISIAN		Responsabile : Dr. Della Bella Stefano Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli		BUDGET 2016					
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo di beni sanitari	Costo Beni sanitari per nn prestazioni		12,56	11,77	15%	2%	Obiettivo raggiunto
	Risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale /N. teste Medici + Laureati non Medici		436.968	382.287,58	10%		Obiettivo parzialmente raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Ampliamento dell'offerta di EPO Biosimilare per la correzione dell'anemia nel paziente dializzato	Controllo trimestrale dell'andamento dei livelli ematici per emocromo e quadro marziale	Stabilità dell'emoglobina nei pazienti dializzati trattati con epo biosimilare, (oltre il	Target emoglobina tra 10 - 12 g/dl per 25 pazienti dializzati e trattati con Biosimilare (oltre il 50% dei pazienti dializzati, con incremento del 300% rispetto al 2015).		40 pz su 54, pari al 74%	10%	10%	Obiettivo raggiunto
	Miglioramento ed aggiornamento dello standard qualitativo ed assistenziale nel paziente emodializzato	Riunione trimestrale del Personale Medico ed Infermieristico.	Verbalizzazione della riunione trimestrale e inserimento di 2 procedure assistenziali nel SGQ di cui una rappresentata dalla attività di teleassistenza	Numero 2 procedure assistenziali inserite nel SGQ di cui una entro il 30/06/2016 e l'altra entro il 31/12/2016			5%	8%	Obiettivo raggiunto
	Integrazione Inrcra / ASUR/	Definizione di un proposta di integrazione della funzione specifica nell'ambito del progetto più generale di integrazione INRCRA/ASUR/OSIMO, coerente a livello dipartimentale e condivisa a livello interaziendale; tale proposta, intesa come previsione di reciproca operatività in entrambi i Presidi, deve essere strutturata per fasi successive di sviluppo, compresa la parte operativa, da avviare laddove possibile entro l'anno.	Presentazione della proposta entro il 15/03/2016 Avvio delle attività secondo il cronoprogramma definito con la DMPO	vedi indicatore		obiettivo raggiunto come da valutazione della DMPO	10%		Obiettivo raggiunto
	Sviluppo della Telemedicina in area nefrologica	Organizzazione ed attivazione del Servizio di Tele dialisi in accordo con il Gruppo di lavoro d'Istituto	Predisposizione di un documento tecnico sui criteri di selezione e gestione dei casi da inserire in un programma di tele dialisi e immissione di almeno n. 2 pazienti nel programma di teleassistenza	Produzione del documento tecnico approvato dal Gruppo di Lavoro di Istituto entro il 30/04/2016, immissione del primo paziente entro il 30/06/2016 e immissione del 2° paziente entro il 31/12/2016			10%		Obiettivo raggiunto
	Sviluppo della Telemedicina in area nefrologica	Attività di fund raising per l'attivazione del servizio di tele dialisi	Partecipazione ad un bando per l'ottenimento di un finanziamento	entro il 31/12/2016			5%		Obiettivo raggiunto
	Miglioramento della sicurezza e prevenzione delle cadute in Ospedale	1)Allineamento/aggiornamento della procedura aziendale alle disposizioni Regionali e/o Evidenze aggiornate. 2. Messa a regime della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Estensione a tutte le UU.OO. della procedura "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 2) Rilevazione delle criticità applicative, studio e diffusione delle indicazioni operative e provvedimenti attuativi nella procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 3) Monitoraggio del livello di consapevolezza/responsabilità professionale nella gestione della procedura aziendale di "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Diffusione e applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/e o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2) Produzione documentazione (Relazione di Unità Operativa su format predefinito) delle criticità riscontrate e dei suggerimenti di miglioramento nella applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (Presenza di Documentazione/format di UU.OO. 100%) 3) Somministrazione di questionario mirato basato sulla conoscenza della procedura, aspetti etici e normativi e responsabilità professionale in relazione alla "Prevenzione delle cadute"		obiettivo raggiunto come da relazione del dott. Marinelli		20%	Obiettivo raggiunto
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione di assenze impreviste e non programmabili	Sviluppo e redazione di procedura aziendale " Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile"	1) Diffusione a tutte le UU.OO./Servizi della proposta di procedura di " Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile". 2) Rilevazione delle criticità applicative, formulazione proposte di miglioramento. 3) Sperimentazione definitiva e introduzione della procedura" Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile".	Fonte dati: Verbale riunione/e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/e o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2) Produzione di procedura aziendale revisionata e aggiornata da parte del gruppo di lavoro multidisciplinare. (Pubblicazione della procedura nel sistema QSM 31/12/2016) Fonte dati: Procedura aziendale revisionata e aggiornata approvata e pubblicata nel QSM 3) Somministrazione di questionario mirato basato sulla conoscenza della procedura, aspetti etici e normativi e responsabilità professionale in relazione alla " Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile". (partecipazione > 75% personale del comparto)		obiettivo raggiunto come da relazione del dott. Marinelli		20%	Obiettivo raggiunto
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione delle risorse umane in ottica Dipartimentale	Formulare ed implementare una proposta di procedura organizzativa per l'utilizzo flessibile di personale in ottica Dipartimentale	1) Espetare riunioni di Dipartimento UU.OO. E Servizi per la formulazione e condivisione della proposta di procedura 2 Sperimentare almeno 1 esperienza di condivisione dipartimentale di condivisione interscambio di risorse umane in ambito dipartimentale (Piano ferie estive ??)	1) Proposta di procedura dipartimentale formulata previa diffusione di informazione Fonte dati: Verbale riunione/e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione procedura al DPS Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio 2) Sperimentazione almeno di 1 esperienza (piano ferie estive ??) Fonte dati: Relazione della P.O.D. con rendiconto delle situazioni, nominativi, date e orari di condivisione risorsa umana in ambito dipartimentale Modalità di rilevazione: Previsione aggiornamento prospetto turni / verifica presenza in servizio.		obiettivo raggiunto come da relazione del dott. Marinelli		20%	Obiettivo raggiunto
		Aumento complessivo slot prestazioni monitorate (obiettivo di Unità Operativa erogate sedi Ancona e Fermo)	n. complessivo slot disponibili per prestazioni oggetto di monitoraggio 2015 / n. complessivo slot disponibili per prestazioni oggetto di monitoraggio 2016	Aumento complessivo slot prestazioni monitorate almeno +5% (nota: esclusi progetti direzionali e utilizzo fondo balduzzi) rispetto al 2016. In collaborazione con la DAPO e con verifica DMPO					obiettivo non valutabile
		Presà in carico di Cardiologia, Nefrologia, Diabetologia e Neurologia; garanzia slot dedicati a prestazioni individuate in collaborazione con la DMP per la presà in carico (obiettivo di Unità Operativa	n. di Prestazioni-slot settimanali messi a disposizione dei pazienti interessati dalla presà in carico, così come previsto dalla DGR 808/15 e dalla determina 360/15	n. minimo di slot attivati concordato con la DMP e in collaborazione con la DAPO Verifica della DMPO					Obiettivo raggiunto
	Governo dei tempi di attesa in applicazione della DGR 808/2015		n. ricette dematerializzate / n. complessivo ricette	n. ricette dematerializzate / n. complessivo ricette =1(dalla data di completamento delle attività volte alla risoluzione delle difficoltà tecniche tutt'ora presenti, comunicata ufficialmente dal Servizio Informatico)			10%		obiettivo non valutabile
		Prenotazione e ricetta dematerializzata per tutte le richieste prescritte dalla UO di Nefrologia.	n. prenotazioni dematerializzate / n. complessivo ricette (relative a prestazioni prescritte dall'UOOC ed erogate dall'INRCA)	n. prenotazioni dematerializzate / n. complessivo ricette (relative a prestazioni prescritte dall'UOOC ed erogate dall'INRCA) =1(dalla data di completamento delle attività volte alla risoluzione delle difficoltà tecniche tutt'ora presenti, comunicata ufficialmente dal Servizio Informatico)					obiettivo non valutabile
Prospettiva dell'utenza e stakeholder	Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					25%	20%	

R3611800 - SOC GERIATRIA E ACCETTAZIONE GERIATRICA D'URGENZA AN		Responsabile : Prof. Cherubini Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli		BUDGET 2016					
SETTORE	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARATO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo di beni sanitari	Costo Beni sanitari per gg di degenza	53,37	53,95	5%	2%	Obiettivo raggiunto	
	Risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale /N. teste Medici + Laureati non Medici	189.173	204.054	5%		Obiettivo raggiunto	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Miglioramento della prevenzione e gestione del delirium nei pazienti che affluiscono alla UOC Geriatria ed AGU	Elaborazione di un protocollo per lo screening, la prevenzione e la gestione del delirium	Numero di riunioni verbalizzate e presentazione del documento	Avvio dell'implementazione del protocollo Presentazione entro il mese di giugno 2016 e implementazione dal 01/10/2016 con report finale sull'attività entro il 31/01/2017		10%	5%	Obiettivo raggiunto	
	Miglioramento qualità ed appropriatezza delle prestazioni erogate	Messa a punto di protocolli operativi con la partecipazione del personale del comparto tra le UU.OO. di Neurologia, Geriatria-AGU, Diagnostica per Immagini e Medicina Riabilitativa per il percorso dell'ictus nel paziente geriatrico.	Realizzazione dei protocolli entro il 30/06/2016, implementazione dei protocolli entro il 01/10/2016 e produzione del report entro il 31/01/2017	vedi indicatore		5%	3%	Obiettivo raggiunto	
	Integrazione Inrca / ASUR/ Osimo	Definizione di un progetto di integrazione della funzione specifica nell'ambito del progetto più generale di integrazione INRCA/ASUR/OSIMO, coerente a livello dipartimentale e condivisa a livello interaziendale; tale proposta, intesa come previsione di reciproca operatività in entrambi i Presidi, deve essere strutturata per fasi successive di sviluppo, compresa la parte operativa, da avviare laddove possibile entro l'anno. Il livello dipartimentale ha la responsabilità di presidiare lo sviluppo delle proposte in un contesto di coerenza dipartimentale. La definizione della proposta è presidiata e coordinata dal tavolo tecnico specifico, condotto dalle DMPO dei due presidi e dai dr Aldo Ricci.	Presentazione della proposta entro il 15/03/2016 Avvio delle attività secondo il cronoprogramma definito con la DMPO	vedi indicatore	Obiettivo raggiunto come da valutazione della DMPO		10%	Obiettivo raggiunto	
	coinvolgimento dei dirigenti medici nella ricerca a progetto	collaborazione alla implementazione della ricerca a progetto a cui partecipa la UOC	numero di dirigenti medici che partecipano al progetto	partecipazione alle attività di ricerca a progetto di almeno 2 dirigenti medici differenti dal responsabile della UOC		10%		Obiettivo raggiunto	
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali correlati alla prevenzione e gestione lesioni da decubito	1 Revisione e aggiornamento procedura aziendale di riferimento. 2 Rilevazione della qualità dell'assistenza nella prevenzione e trattamento Lcd (2 indagini di prevalenza)	1 Esplicitamento attività di rilevazione raccolta criticità e formulazione proposte nelle unità operative di degenza (gruppi di lavoro multidisciplinari di UU.OO.); 2 Attivazione di gruppo di lavoro multidisciplinare per la revisione e aggiornamento procedura aziendale. (Componente di UU.OO. - 1 di Dipartimento - 1 di P.O.R.) 3 Indagine di prevalenza per il monitoraggio degli esiti assistenziali in relazione alla prevenzione e gestione lcd (Servizi di direzione Medica e Infermieristica)	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espellere entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunioni/ e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/ e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2 Produzione di procedura aziendale revisionata e aggiornata da parte del gruppo di lavoro multidisciplinare.	obiettivo raggiunto come da relazione del dott. Marinelli	5%	10%	Obiettivo raggiunto	
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali correlati al caterismo vescicale	Implementare l'ecografia vescicale infermieristica mediante l'utilizzo del Bladder Scanner in ausilio al caterismo	1 Formazione del personale infermieristico per l'acquisizione delle competenze necessarie. 2 stesura di una procedura di riferimento. 3 Utilizzo della tecnica bladder scanner in ausilio al caterismo vescicale	1 Realizzazione della formazione per l'addestramento all'utilizzo del bladder scanner, (almeno 50% del personale U.O./ Dipartimento) Fonte dati: Accredittamento ECM Modalità di rilevazione: Firma di presenza e questionari apprendimento Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2 Produzione e approvazione di procedura aziendale da parte di gruppo di lavoro multidisciplinare. (Pubblicazione della procedura nel sistema QSM 31/1/2/2016) Fonte dati: Procedura aziendale revisionata e aggiornata approvata e pubblicata nel QSM 3 Raccolta dati attraverso apposita compilazione di scheda dedicata (1 copia in cartella 1 copia al Coordinatore U.O. che presenta alla DPO)Fonte dati: Subdelegazione.	obiettivo raggiunto come da relazione del dott. Marinelli		15%	Obiettivo raggiunto	
	Miglioramento della sicurezza e prevenzione delle cadute in Ospedale	1Allineamento/aggiornamento della procedura aziendale alle disposizioni Regionali e/o Evidenze aggiornate. 2 Messa a regime della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Estensione a tutte le UU.OO. della procedura "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 2) Rilevazione delle criticità applicative, studio e diffusione delle indicazioni operative e provvedimenti attuativi nella procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 3) Monitoraggio del livello di consapevolezza/responsabilità professionale nella gestione della procedura aziendale di "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Diffusione e applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunioni/ e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/ e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2) Produzione documentata (Relazione di Unità Operativa su formal prefinito) delle criticità riscontrate e del	obiettivo raggiunto come da relazione del dott. Marinelli	5%	15%	Obiettivo raggiunto	
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione di assenze impreviste e non programmabili	Sviluppo e redazione di procedura aziendale " Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile"	1) Diffusione a tutte le UU.OO./Servizi della proposta di procedura di " Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile". 2) Rilevazione delle criticità applicative, formulazione proposte di miglioramento. 3) Stesura definitiva e introduzione della procedura " Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile".	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espellere entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunioni/ e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/ e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2 Produzione di procedura aziendale revisionata e aggiornata da parte del gruppo di lavoro multidisciplinare. (Pubblicazione della procedura nel sistema QSM)	obiettivo raggiunto come da relazione del dott. Marinelli		15%	Obiettivo raggiunto	
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione delle risorse umane in ottica Dipartimentale	Formulare ed implementare una proposta di procedura organizzativa per l'utilizzo flessibile di personale in ottica Dipartimentale	1 Espellere riunioni di Dipartimento UU.OO. E Servizi per la formulazione e condivisione della proposta di procedura 2 Sperimentare almeno 1 esperienza di condivisione dipartimentale di condivisione interscambio di risorse umane in ambito dipartimentale (Piano ferie estive)	1 Proposta di procedura dipartimentale formulata previa diffusione di informazione Fonte dati: Verbale riunioni/ e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione procedura al DPS Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2 Sperimentazione almeno di 1 esperienza (piano ferie	obiettivo raggiunto come da relazione del dott. Marinelli		15%	Obiettivo raggiunto	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder	incantare i dirigenti medici a contribuire alla realizzazione di pubblicazioni scientifiche	produzione di pubblicazione da parte di dirigenti medici diversi dal responsabile	pubblicazione di lavoro scientifico	Publicazione di almeno un lavoro a primo, secondo, ultimo nome o corresponding author da parte di un dirigente medico differente dal responsabile		5%		Obiettivo raggiunto	
	Attività Ricerca corrente	Coordinamento Linee di Ricerca	Partecipazione alla consuntivazione per la Ricerca Corrente anno 2015	Presentazione report		5%		Obiettivo raggiunto	
	Produzione Scientifica	Punteggio IF	Punteggio IF	20,00	118,00	10%		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: Dott. Antonicelli		BUDGET 2016					
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario	Miglioramento risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo di beni sanitari	Costo beni sanitari per n. di prestazioni		9,26	7,29	10%	2%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziali (N. teste Medici + Laureati non Medici)		1.552.036	1.949.039,05	10%		obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Appropriatezza Nutrizione clinica	Produzione di un documento di proposta sul corretto ricorso alla Nutrizione artificiale e sui criteri di interruzione nella stessa nel paziente geriatrico anziano con successiva condivisione da parte delle uu.oo. Interessate dei Por di Ancona e Fermo	Produzione documento e approvazione del documento da parte delle altre uu.oo. / dipartimenti interessati	Documento entro il 30/04/2016 sottoscrizione dello stesso da parte delle altre uu.oo. Entro il 30/06/2016			10%		obiettivo raggiunto
	nutrition Day ESPEN	Esecuzione Nutrition Day con certificazione ESPEN	esecuzione della rilevazione	entro 30/11/2016 e presentazione con commento e proposte entro il 31/12/2016			10%		obiettivo raggiunto
	prestazioni interne	Rilevazione ed analisi dei consumi interni dei pazienti in nutrizione artificiale con un report trimestrale di commento da inviare a tutte le UUOO con pazienti in nutrizione artificiale	Predisposizione di una proposta di rilevazione / report entro il 30/04/2016	Produzione della proposta di report entro il 30/04/2016 e produzione di report trimestrali entro 30 gg fine trimestre			10%		obiettivo raggiunto
	Integrazione Inrca / ASUR/ Osimo	Definizione di un proposta di integrazione della funzione specifica nell'ambito del progetto più generale di integrazione INRCA/ASUR/OSIMO, coerente a livello dipartimentale e condivisa a livello interaziendale; tale proposta, intesa come previsione di reciproca operatività in entrambi i Presidi, deve essere strutturata per fasi successive di sviluppo, compresa la parte operativa, da avviare laddove possibile entro l'anno. Il livello dipartimentale ha la responsabilità di presidiare lo sviluppo delle proposte in un contesto di coerenza dipartimentale. La definizione della proposta è presidiata e coordinata dal tavolo tecnico specifico, condotto dalle DMPO dei due presidi e dal direttore	Presentazione della proposta entro il 15/03/2016 Avvio delle attività secondo il cronoprogramma definito con la DMPO	vedi indicatore			10%		obiettivo raggiunto
	Valorizzazione risorse umane e professionali	Definizione PDTA con UOSD Gastroenterologia e Dermatologia per pz con MICI	Stesura e avvio del PDTA aziendale entro 30 giorni dall'emaneazione della DGRM relativa a tale PDTA	vedi indicatore			10%		obiettivo non valutabile
	Miglioramento della sicurezza e prevenzione delle cadute in Ospedale	1 Allineamento/aggiornamento della procedura aziendale alle disposizioni Regionali e/o Evidenze aggiornate. 2 Messa a regime della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Estensione a tutte le UU.OO. della procedura "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 2) Rilevazione delle criticità applicative, studio e diffusione delle indicazioni operative e provvedimenti attuativi nella procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 3) Monitoraggio del livello di consapevolezza/responsabilità professionale nella gestione della procedura aziendale di "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Diffusione e applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/e e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2) Produzione documentata (Relazione di Unità Operativa su format predefinito) delle criticità riscontrate e dei suggerimenti di miglioramento nella applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (Presenza di Documentazione/format di UU.OO. 100% ) 3) Somministrazione di questionario mirato basato sulla conoscenza della procedura, aspetti etici e normativi e responsabilità professionale in relazione alla "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata. (partecipazione > 75% personale del comparto)			30%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione di assenze impreviste e non programmabili	Sviluppo e redazione di procedura aziendale " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile"	1) Diffusione a tutte le UU.OO./Servizi della proposta di procedura di " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile". 2) Rilevazione delle criticità applicative, formulazione proposte di miglioramento. 3) Stesura definitiva e introduzione della procedura " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile".	1) Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunione/e e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/i e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2) Produzione di procedura aziendale revisionata e aggiornata da parte del gruppo di lavoro multidisciplinare. (Pubblicazione della procedura nel sistema QSM 31/12/2016) Fonte dati: Procedura aziendale revisionata e aggiornata approvata e pubblicata nel QSM 3) Somministrazione di questionario mirato basato sulla conoscenza della procedura, aspetti etici e normativi e responsabilità professionale in relazione alla " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile". (partecipazione > 75% personale del comparto)			25%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione delle risorse umane in ottica Dipartimentale	Formulare ed implementare una proposta di procedura organizzativa per l'utilizzo flessibile di personale in ottica Dipartimentale	1) Espletare riunioni di Dipartimento UU.OO. E Servizi per la formulazione e condivisione della proposta di procedura 2) Sperimentare almeno 1 esperienza di condivisione dipartimentale di condivisione interscambio di risorse umane in ambito dipartimentale (Piano ferie estive)	1) Proposta di procedura dipartimentale formulata previa diffusione di informazione Fonte dati: Verbale riunione/e e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione procedura al DPS Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio ; 2) Sperimentazione almeno di 1 esperienza (piano ferie estive); Fonte dati: Relazione della P.O.D. con rendiconto delle situazioni, nominativi, date e orari di condivisione risorsa umana in ambito dipartimentale Modalità di rilevazione: Previsione aggiornamento prospetto turni / verifica presenza in servizio.			23%		obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder	Produzione scientifica	Impact Factor	Sottomissione di una pubblicazione con IF	entro il 31/12/2016			5%		obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%	

R3613800 - SOSD MODELLI DI INTEGRAZ MULTISC IN PATOLOGIA CLINICA AN		BUDGET 2016						
Responsabile : Dr. Roberto Testa Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli								
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° Istanza
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Produzione di un documento di Istituto sull'appropriatezza in Medicina di Laboratorio	Fare il punto sullo stato dei nostri protocolli interni per la richiesta appropriata degli esami di laboratorio in modo da arrivare ad un documento unico di istituto.	Produzione di un documento di sintesi e proposta con valenza d'Istituto entro il 30/06/2016 con costruzione in collaborazione con il Co Gest di un sistema di monitoraggio da mettere a regime entro il 30/09/2016 (report trimestrale)	vedi indicatore		25%	40%	obiettivo raggiunto.
	Produzione di note informative per il paziente in terapia anticoagulante orale ed il medico di medicina generale come Centro Sorveglianza Pazienti in Terapia Anticoagulante orale (in collaborazione con UOC di Cardiologia)	Preparare documenti di indirizzo tecnico condivisi con specialisti. Predisporre un sistema di reporting trimestrale sull'attività svolta	produzione del documento e produzione di report trimestrale	produzione del documento entro il 30/06/2016 e produzione di 4 report trimestrale entro 30gg dalla conclusione di ciascun trimestre		25%	40%	obiettivo raggiunto.
Prospettiva dell'utenza e stakeholder	Produzione area scientifica	Invio articoli a riviste con IF	Punteggio I.F.	5,00	49	25%		obiettivo raggiunto.
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					25%	20%	

D36102 - DIPARTIMENTO GERIATRICO AD INDIRIZZO MEDICO AN		BUDGET 2016							
<i>Responsabile : Dott.Antonicelli</i>									
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	1.formazione teorico/pratica finalizzata all'acquisizione di conoscenze e competenze sull'appropriatezza CV 2.elaborazione scheda valutazione appropriatezza, training finalizzato all'analisi ed audit semestrali del livello raggiunto.	1. conoscenza tecnica del dispositivo e del corretto posizionamento della sonda per infermieri neoassunti e/o neoassegnati 2. applicazione scheda appropriatezza sui degenti e misurazione tramite bladder scan 3.numero degli operatori partecipanti agli audit semestrali	1. Partecipazione e al training per l'uso del bladder scan. Almeno due incontri verbalizzati con gli operatori		15%		obiettivo raggiunto	
	Coordinamento della valutazione dipartimentale del Programma Nazionale Esiti per gli indicatori di competenza	Identificazione del referente di uu.oo. per la Neurologia, la Cardiologia, la Geriatria e l'AGU. Lettura critica dei dati 2014 con produzione di un documento di commento e proposta	Identificazione del referente entro il 29/02/2016 Produzione del documento di analisi e proposta entro il 15/05/2016	vedi indicatore		15%		obiettivo raggiunto	
	Integrazione Inrca / ASUR/ Osimo	Definizione di un proposta di integrazione della funzione specifica nell'ambito del progetto più generale di integrazione INRCA/ASUR/OSIMO, coerente a livello dipartimentale e condivisa a livello interaziendale; tale proposta, intesa come previsione di reciproca operatività in entrambi i Presidi, deve essere strutturata per fasi successive di sviluppo, compresa la parte operativa, da avviare laddove possibile entro l'anno. Il livello dipartimentale ha la responsabilità di presidiare lo sviluppo delle proposte in un contesto di coerenza dipartimentale. La definizione della proposta è presidiata e coordinata dal tavolo tecnico specifico, condotto dalle DMPO dei due presidi e dal dr Aldo Ricci.	Presentazione della proposta coerente a livello dipartimentale entro il 15/03/2016 Avvio delle attività secondo il cronoprogramma definito con la DMPO	vedi indicatore		15%		obiettivo raggiunto	
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>	Ricerca Traslazionale	Trasformazione dei risultati ottenuti attraverso l'attività di ricerca scientifica in pratiche cliniche, prodotti e servizi per i pazienti anziani al proprio interno	1) identificazione di una area tematica / linea guida 2) stesura piano di azione 3)implementazione del piano di azione	Presentazione di un report entro il 31/10/2016		20%		obiettivo non raggiunto	
<i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i>	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					35%			

D36101 - DIPARTIMENTO POST ACUZIE CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA AN		Direttore Dipartimento: Dr. Oriano Mercante		BUDGET 2016					
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 1° Istanza	
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>									
	Integrazione Inrca / ASUR/ Osimo	Definizione di un proposta di integrazione della funzione specifica nell'ambito del progetto più generale di integrazione INRCA/ASUR/OSIMO, coerente a livello dipartimentale e condivisa a livello interaziendale; tale proposta, intesa come previsione di reciproca operatività in entrambi i Presidi, deve essere strutturata per fasi successive di sviluppo, compresa la parte operativa, da avviare laddove possibile entro l'anno. Il livello dipartimentale ha la responsabilità di presidiare lo sviluppo delle proposte in un contesto di coerenza dipartimentale. La definizione della proposta è presidiata e coordinata dal tavolo tecnico specifico, condotto dalle DMPO dei due presidi e dal dr Aldo Ricci.	Presentazione della proposta coerente a livello dipartimentale entro il 15/03/2016 Avvio delle attività secondo il cronoprogramma definito con la DMPO	vedi indicatore		30%		Obiettivo raggiunto	
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>									
	Ricerca Traslazionale	Trasformazione dei risultati ottenuti attraverso l'attività di ricerca scientifica in pratiche cliniche, prodotti e servizi per i pazienti anziani al proprio interno	1) identificazione di una area tematica 2) stesura piano di azione 3)implementazione del piano di azione	Presentazione di un report entro il 31/10/2016		35%		obiettivo non raggiunto	
<i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i>									
	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					35%			

<b>R2410700 - SOC CENTRO STUDI E RICERCHE ECONOMICO SOCIALI PER L'INVECCHIAMENTO</b>		<b>Responsabile : Dr.Lamura Giovanni Direttore Dipartimento: Dr.Oriano Mercante</b>		<b>BUDGET 2016</b>				
<b>SETTORE</b>	<b>OBIETTIVO</b>	<b>AZIONI</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>VALORE OBIETTIVO</b>	<b>VALORE CONSUNTIVO</b>	<b>PESO DIRIGENZA</b>	<b>PESO COMPARTO</b>	<b>VALUTAZIONE 2° Istanza</b>
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)								
	Ricerca traslazionale	Iniziativa volte a incrementare le risorse finanziarie esterne all'Istituto e migliorare il risultato scientifico	Presentazione di progetti ad Enti ed Istituzioni, privati e pubblici per ottenimento finanziamenti aggiuntivi	Presentazione di almeno 4 progetti di ricerca, ed ottenimento di almeno 35.000 euro di risorse esterne	139.026,00	10%	10%	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder	Ricerca traslazionale	Condivisione risultati di ricerca con utenza e comunità scientifica e professionale	Collaborazione con Regione, ASUR, ISTAT etc. per realizzare: a) un osservatorio sulla condizione anziana; b) un supporto scientifico stabile all'adozione di atti in materia (e.g. consulta anziani); c) linee guida di valenza regionale (e.g. invecchiamento attivo; gestione dell'incontinenza); il trasferimento del servizio TAM all'ASUR o alla Regione	Stesura e invio bozza di convenzione tra INRCA e Regione concernente i punti indicati; redazione di Linee Guida sugli argomenti indicati		10%	20%	obiettivo raggiunto
	Ricerca traslazionale	Potenziamento della partecipazione dell'Istituto in reti di ricerca internazionali	Ospitalità per un soggiorno di studio di almeno un ricercatore straniero Contributo all'organizzazione della terza edizione della ISSA (International Summer School on Ageing) Partecipazione al panel di esperti per la revisione dell'Active Ageing Index (AAI) Contributo a volumi di reti di ricerca destinati ad una audience internazionale	Ospitalità di ricercatore straniero per analisi congiunta dati su abusi anziani del progetto ABUEL Partecipazione alla ISSA-3 Partecipazione ad almeno un incontro del panel Stesura di capitoli per volumi editi da almeno tre reti di ricerca diverse		10%	20%	obiettivo raggiunto
	Ricerca traslazionale	Implementazione dei servizi della piattaforma per familiari caregiver "InformCare" su base	Collaborazione con i servizi sanitari e sociali del territorio per implementare la piattaforma	Stesura e adozione di convenzione tra INRCA, ASUR e Comune di Ancona		10%	20%	obiettivo raggiunto
	Revisione e sviluppo di modelli operativi ed organizzativi innovativi - Obiettivo in comune tra DMPO, CRESI, Medicina Riabilitativa e Laboratorio Bioinformatica	Individuazione (ed attuazione) di sperimentazioni gestionali all'interno di Casamica	Redazione di un piano ed attivazione di una sperimentazione. Redazione di un regolamento.	Redazione del piano e del regolamento ed attuazione di una sperimentazione entro dicembre 2016		10%		obiettivo raggiunto
	Sviluppo modelli innovativi	Progetto di ricerca per determinare un modello di longevità attiva in ambito	Presentazione di una proposta alla Regione Marche	Stesura ed invio della proposta		10%		obiettivo raggiunto
	Centro di documentazione	Attivazione centro di documentazione	Aggiornamento delle pubblicazioni dei reports in materie socio-sanitarie (WHO, ISTAT, CENSIS, CREA SANITA', Rapporto Sanità, ecc) da inviare alle Direzioni	Invio di un report alle Direzioni con frequenza mensile		5%		obiettivo raggiunto
	Obiettivi prestazionali e di efficienza	Invio articoli a riviste con IF	Punteggio IF	Almeno 8 punti di IF	60	10%	10%	obiettivo raggiunto
<i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i>	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					25%	20%	

R3610700 - SOC MEDICINA RIABILITATIVA AN		Responsabile : Dr. Oriano Mercante Direttore Dipartimento: Dr. Oriano Mercante		BUDGET 2016					
SETTORE	OGGETTO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario	Miglioramento risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo di beni sanitari	Costo Beni sanitari per gg di degenza	14,89	14,02	10%	2%	obiettivo raggiunto	
	Miglioramento risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale /N. teste Medici + Laureati non Medici	468.766	481.725,76	10%		obiettivo raggiunto	
Processi interni (in termini quantitativi), di									
	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			10%	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 superiore nell'ultimo quadrimestre al 90% con attestazione dei 2 direttori di UIUO (Neurologia e Medicina Riabilitativa)	vedi indicatore			5%	10%	obiettivo raggiunto
	Trattamento riabilitativo del pavimento pelvico	Trattamento riabilitativo secondo un protocollo formalizzato di tutti i pazienti segnalati con un protocollo concordato dalle UIUO. Di Neurologia, Urologia, Chirurgia Generale collaboratori attobiettivo secondo un protocollo operativo di Presidio	Formalizzazione del protocollo di segnalazione e di trattamento Numero di pazienti trattati secondo protocollo inviati dalle UIUO coinvolte	VA: protocolli entro il 30/03/2016 Almeno il 90% dei pazienti segnalati negli ultimi 3 trimestri 2016			5%	5%	Obiettivo non raggiunto per la dirigenza e non valutabile per il comparto.
	Trattamento riabilitativo Parkinson	Trattamento riabilitativo ambulatoriale secondo protocollo concordato di tutti i pazienti segnalati con protocollo concordato dell'ambulatorio fisiatrico e della UO di Neurologia con codice di priorità A o B	Formalizzazione del protocollo di segnalazione e di trattamento Numero di pazienti trattati secondo protocollo inviati dalle UIUO coinvolte Almeno il 90% dei pazienti segnalati negli ultimi 3 trimestri 2016	protocolli entro il 30/03/2016			5%	8%	Obiettivo non raggiunto per la dirigenza e non valutabile per il comparto.
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	Prosecuzione attuazione procedura aziendale per "La Contenzione fisica e/o farmacologica del paziente "	1) Rilevazione delle criticità applicative, studio e diffusione delle indicazioni operative e provvedimenti attuativi della procedura aziendale di gestione del paziente con esigenza di contenzione fisica e/o farmacologica. 2) Monitoraggio del livello di consapevolezza/responsabilità professionale nella gestione di gestione del paziente	Produzione documentata (Relazione di Unità Operativa) delle criticità riscontrate e dei suggerimenti di miglioramento nella applicazione della procedura aziendale di gestione del paziente con esigenza di contenzione fisica.	Obiettivo raggiunto come da attestazione del. Dott. Marinelli		5%		obiettivo raggiunto
	Governo dei tempi di attesa in applicazione della DGR 808/2015	Aumento complessivo slot prestazioni monitorate(obiettivo di Unità Operativa erogate sedi Ancona e Fermo)	n. complessivo slot disponibili per prestazioni oggetto di monitoraggio 2015 / n. complessivo slot disponibili per prestazioni oggetto di monitoraggio 2016	Aumento complessivo slot prestazioni monitorate almeno +5% (nota: esclusi progetti direzionali e utilizzo fondo bakluzzi) rispetto al 2016. In collaborazione con la DAPO e con verifica DMPO	Obiettivo raggiunto come da attestazione della DMPO		5%	5%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento della sicurezza e prevenzione rischio clinico	Prosecuzione attuazione del sistema di miglioramento nei processi di sicurezza dell'identificazione del paziente	1) Rilevazione con modalità formalizzate delle criticità applicative della procedura aziendale di gestione del paziente 2) rilevazione con modalità strutturate delle criticità applicative della procedura aziendale di gestione del paziente	1) Percentuale di identificati > al 90% dei pazienti ricoverati negli ultimi 3 trimestri (fonte dati: modalità di verifica da definirsi) 2) Produzione documentata (Relazione di Unità Operativa)	Obiettivo raggiunto come da attestazione del. Dott. Marinelli		5%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento qualità ed appropriatezza delle prestazioni erogate	Messa a punto di protocolli operativi con la partecipazione del personale del comparto tra le UIUO. di Neurologia, Geriatria-AGU, Diagnostica per Immagini e Medicina Riabilitativa per il percorso dell'ictus nel paziente geriatrico.	Realizzazioni dei protocolli entro il 30/06/2016, implementazione dei protocolli entro il 01/10/2016 e produzione del report entro il 31/01/2017	vedi indicatori			5%		obiettivo raggiunto
	Integrazione Inrica / ASUR/ Osimo	Definizione di un proposta di integrazione della funzione specifica nell'ambito del progetto più generale di integrazione INRCA/ASUR/OSIMO, coerente a livello dipartimentale e condivisa a livello interaziendale; tale proposta, intesa come previsione di reciproca operatività in entrambi i Presidi, deve essere strutturata per fasi successive di sviluppo, compresa la parte operativa, da avviare laddove possibile entro l'anno. Il livello dipartimentale ha la responsabilità di presidiare lo sviluppo delle proposte in un contesto di coerenza dipartimentale. La definizione della proposta è presidiata e coordinata dal tavolo tecnico specifico, condotto dalle DMPO dei due presidi e dai dr Aldo Ricci.	Presentazione della proposta entro il 15/03/2016 Avvio delle attività secondo il cronoprogramma definitivo con la DMPO	vedi indicatori	Obiettivo raggiunto come da attestazione della DMPO		5%		obiettivo raggiunto
	Sviluppo di un'attività di telemedicina in Medicina Riabilitativa	Predisposizione di un progetto in accordo con il Gruppo di Lavoro di Istituto e avvio dello stesso	Predisposizione di un piano di azione concordato con il Gruppo di Lavoro entro il 31/05/2016 ed avvio attività entro il 30/09/2016	vedi indicatori			5%		obiettivo raggiunto
	Sviluppo modelli innovativi	Predisposizione di un progetto di fisioterapia aspecifica diffusa differenziato per UO. In collaborazione con DPS e DMPO	Presentazione del progetto entro il 31/03/2016 avvio delle attività entro il 30/04/2016	vedi indicatori			5%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali correlati alla prevenzione e gestione lesioni da decubito	1 Revisione e aggiornamento procedura aziendale di riferimento. 2 Rilevazione della qualità dell'assistenza nella prevenzione e trattamento Lcd (2 indicatori di prevalenza)	1 Espletamento attività di rilevazione raccolta criticità e formulazione proposte nelle unità operative di degenza (gruppi di lavoro multidisciplinari di UIUO); 2 Attivazione di gruppo di lavoro multidisciplinare per la revisione e aggiornamento procedura aziendale (1 Componente di UIUO - 1 di Neurologia e 1 di Medicina Riabilitativa)	1 Livello di partecipazione del personale di UIUO, alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunioni e o attività di U.O. con report	Obiettivo raggiunto come da attestazione del. Dott. Marinelli		10%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo nell'utilizzo della documentazione infermieristica	Implementazione della documentazione in relazione alla raccolta dati dei bisogni assistenziali e complessità assistenziale	1 Scelta condivisa del modello di scheda rilevazione bisogni assistenziali. 2 Formazione del personale infermieristico di riferimento per l'acquisizione delle informazioni assistenziali	1 Livello di partecipazione del personale di UIUO, nel processo di scelta e diffusione e formazione per la produzione di documentazione infermieristica 30-6-2015.	Obiettivo raggiunto come da attestazione del. Dott. Marinelli		5%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione di assenze impreviste e non programmabili	Sviluppo e redazione di procedura aziendale " Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile"	1) Diffusione a tutte le UIUO/Service della proposta di procedura di " Gestione Sostituzione di personale per assenza imprevista non programmabile".	1 Livello di partecipazione del personale di UIUO, alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015.	Obiettivo raggiunto come da attestazione del. Dott. Marinelli		5%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione delle risorse umane in ottica Dipartimentale	Formulare ed implementare una proposta di procedura organizzativa per l'utilizzo flessibile di personale in ottica Dipartimentale	1 Espletare riunioni di Dipartimento UIUO. E Servizi per la formulazione e condivisione della proposta di procedura 2 Svolgimento almeno 1 sessione di conduzione dipartimentale di	1 Proposta di procedura dipartimentale formulata previa diffusione di informazione Fonte dati: Verbale riunione e o attività di U.O. con report	Obiettivo raggiunto come da attestazione del. Dott. Marinelli		5%		obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder	Ricerca a progetto	Gestione dei progetti in corso	Rispetto del cronoprogramma dei progetti	Report al 31/12/2016			5%	5%	obiettivo raggiunto
	Prosecuzione attività LAM (Laboratorio Analisi del Movimento)	Produzione Scientifica	almeno 2 pubblicazioni sugli argomenti	Sottomissione a riviste internazionali con IF	2 pubblicazioni con un totale di 8 punti di IF		5%		obiettivo raggiunto
	Revisione e sviluppo di modelli operativi ed organizzativi innovativi - Obiettivo in comune tra DMPO, CRESI, Medicina Riabilitativa e Laboratorio Bioinformatica	Individualizzazione (ed attuazione) di sperimentazioni gestionali all'interno di Casanica	Redazione di un piano ed attivazione di una sperimentazione. Redazione di un regolamento.	Redazione del piano e del regolamento ed attuazione di una sperimentazione entro dicembre 2016			5%		obiettivo 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. Oriano Mercante		BUDGET 2016						
SETTORE	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA		
Economico-finanziario	Miglioramento risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo di beni sanitari	Costo Beni sanitari per gg di degenza	31,97	35,04	10%		2%	Obiettivo raggiunto	
	Miglioramento risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale /N. teste Medici + Laureati non Medici	561.922	645.106	10%			Obiettivo raggiunto	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)										
	Safety analysis del trattamento con nuovi broncodilatatori del paziente grande anziano con BPCO	Predisposizione e sperimentazione di una procedura di safety analysis	Predisposizione di una procedura che preveda l'utilizzo dell'ECG a striscia lunga a tempo zero, dopo 5 minuti e dopo 30 giorni per la valutazione degli ECG grafici Numero di pazienti presi in carico secondo procedura Predisposizione di un report che valuti il progetto in termini di rapporto costo/efficacia	Predisposizione della procedura entro il 31/03/2016 Numero di pazienti presi in carico almeno 40 Predisposizione di un report entro il 30/11/2016		15%			Obiettivo raggiunto	
	Indagine conoscitiva sulla disponibilità/preferenza da parte del paziente ad essere contattato con il "tu" (my name is...) (SLOW MEDICINE)	intervista da parte del personale di assistenza al paziente con integrità cognitiva	1) esecuzione dell'intervista al momento della presa in cura 2) valutazione di somministrazione del MMSE 3) livello di partecipazione 4) % pazienti eleggibili intervistati 5) produzione di report con dati raccolti	90% partecipazione del personale di assistenza intervistate all'80% dei pazienti eleggibili Produzione del report entro il 30/04/2016 Predisposizione di una procedura entro il 31/05/2016 Messa a regime della procedura nel II semestre 2016 con relazione del Dirigente della UO		5%	8%		Obiettivo raggiunto	
	Integrazione Inrca / ASUR/ Osimo	Definizione di un proposta di integrazione della funzione specifica nell'ambito del progetto più generale di integrazione INRCA/ASUR/OSIMO, coerente a livello dipartimentale e condivisa a livello interaziendale; tale proposta, intesa come previsione di reciproca operatività in entrambi i Presidi, deve essere strutturata per fasi successive di sviluppo, compresa la parte operativa, da avviare laddove possibile entro l'anno. Il livello dipartimentale ha la responsabilità di presidiare lo sviluppo delle proposte in un contesto di coerenza dipartimentale. La definizione della proposta è presidiata e coordinata dal tavolo tecnico specifico, condotto dalle DMPO dei due presidi e dal Dr Aldo Ricci.	Presentazione della proposta entro il 15/03/2016 Avvio delle attività secondo il cronoprogramma definito con la DMPO	vedi indicatore	obiettivo raggiunto come da attestazione della DMPO	10%			Obiettivo raggiunto	
	Rispetto del regolamento dei ricoveri relativamente all'accesso di pazienti dal PPI secondo i criteri già concordati	Miglioramento nella gestione dell'attività del proprio reparto al fine di favorire il rispetto di quanto previsto nel regolamento dei ricoveri rispetto agli accessi dal PPI. In particolare sarà valutato anche il miglioramento degli indicatori del nomogramma di Barber	Rispetto del regolamento dei ricoveri	verifica a cura della DMPO	obiettivo raggiunto al 96,20% come da attestazione della DMPO	10%			Obiettivo raggiunto	
	Gestione pazienti in palliazione genitrica	Predisposizione e avvio della procedura per la gestione con percorsi dedicati dei pazienti candidati ad un percorso di palliazione genitrica (secondo il modello Fermo adattato al For di Ancona)	Completamento della procedura. Avvio della sua adozione. Predisposizione di una relazione di verifica	Completamento della procedura entro il 31/05/2016. Avvio della sua adozione entro il 30/06/2016. Predisposizione di una relazione di verifica entro il 31/01/2017		5%			obiettivo parzialmente raggiunto al 66%	
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali correlati alla prevenzione e gestione lesioni da decubito	1 Revisione e aggiornamento procedura aziendale di riferimento. 2 Rilevazione della qualità dell'assistenza nella prevenzione e gestione lesioni da decubito	1 Espletamento attività di rilevazione raccolta criticità e formulazione proposte nelle unità operative di degenza (gruppi di lavoro multidisciplinari di UU.OO.) 2 Attivazione di gruppo di lavoro multidisciplinare per la revisione e aggiornamento procedura aziendale. (Componente di UU.OO. - 1 di Dipartimento - 1 di P.O.R.) 3 Indagine di prevalenza per il monitoraggio degli esiti assistenziali in relazione alla prevenzione e gestione ldd (Servizi di direzione Medica e infermieristica)	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione critica e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunioni/e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2 Produzione di procedura aziendale revisionata e aggiornata da parte del gruppo di lavoro multidisciplinare. (Pubblicazione della procedura nel sistema QSM 31/12/2016)	obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli	15%			Obiettivo raggiunto	
	Miglioramento organizzativo nell'utilizzo della documentazione infermieristica integrata	Implementazione della documentazione in relazione alla raccolta dati dei bisogni assistenziali e complessità assistenziale	1 Scelta condivisa del modello di scheda rilevazione bisogni assistenziali. 2 Formazione del personale infermieristico di riferimento per l'acquisizione delle competenze necessarie. 3 Utilizzo della modulistica concordata	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. nel processo di scelta e diffusione e formazione per la modulistica di documentazione infermieristica 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunioni/e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/e/o documentazione di riferimento. Relazione finale del Coord./ P.O.D. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio 2 Modulistica scelta adottata e presente in cartella Fonte dati: Modello rilevazione bisogni assistenziali e complessità uniforme presente in documentazione	obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli		15%			
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione di assenze impreviste e non programmabili	Sviluppo e redazione di procedura aziendale " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile"	1) Diffusione a tutte le UU.OO./Servizi della proposta di procedura di " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile". 2) Rilevazione delle criticità applicative, formulazione proposte di miglioramento. 3) Stesura definitiva e introduzione della procedura " Gestione Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile".	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. alle attività di rilevazione critica e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunioni/e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2 Produzione di procedura aziendale revisionata e aggiornata da parte del gruppo di lavoro multidisciplinare. (Pubblicazione della procedura nel sistema QSM 31/12/2016) Fonte dati: Procedura aziendale revisionata e aggiornata	obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli		20%			
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione delle risorse umane in ottica Dipartimentale	Formulare ed implementare una proposta di procedura organizzativa per l'utilizzo flessibile di personale in ottica Dipartimentale	1 Espletare riunioni di Dipartimento UU.OO. E Servizi per la formulazione e condivisione della proposta di procedura 2 Sperimentare almeno 1 esperienza di condivisione dipartimentale di condivisione interscambio di risorse umane in ambito dipartimentale (Piano ferie estive ??)	1 Livello di partecipazione del personale di UU.OO. nel processo di diffusione di informazione Fonte dati: Verbale riunioni/e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione procedura al DPS Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio ; 2 Sperimentazione almeno di 1 esperienza (piano ferie estive ??); Fonte dati: Relazione della P.O.D. con rendiconto delle situazioni.	obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli		20%		Obiettivo raggiunto	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder	Coinvolgimento medici in formazione	Piano di Azione per il coinvolgimento del personale in formazione dell'UO in attività di ricerca genitrica / formative da sviluppare in tutto l'Istituto, compatibilmente con le norme di riferimento	Stesura di un Piano di Azione	Entro il 30/06/2016			5%		sulla base dell'indicazione del direttore scientifico, l'obiettivo è da considerare non raggiunto	
	Produzione Scientifica	Punteggio IF	Punteggio IFN		10,00	26	5%		Obiettivo raggiunto	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					25%	20%			

'R363000 - SOSC RESIDENZA SANITARIA RIABILITATIVA AP		Responsabile : Dr. Giannandrea Direttore Dipartimento: Dr. Oriano Marcante		BUDGET 2016					
SETTORE	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2ª ISTANZA	
Economico-finanziario	Miglioramento risultati economici	Migliore attenzione nel consumo di beni sanitari	Costo Beni sanitari per gg di degenza		5,67	7,16	20%	2%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziali (N. teste Medici + Laureati non Medici)		388.548	439.262	15%		obiettivo parzialmente raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi di efficienza, appropriatezza e qualità)	Prevenzione e cura decubiti	Compilazione scheda decubiti. Messa a regime di un sistema di monitoraggio dell'incidenza dei decubiti	Applicazione sistematica procedura decubiti e predisposizione e messa a regime di un sistema di monitoraggio dell'incidenza delle lesioni da decubito	Completezza della scheda sulle cartelle controllate secondo modalità definite dal Responsabile di U.U.CO. e dal Coordinatore. Messa a punto del sistema di monitoraggio entro il 30/04/2016. Produzione di 2 report quadrimestrali entro il 30/09/2016 ed entro il 31/01/2017			20%	8%	obiettivo non raggiunto
	Miglioramento Organizzativo	Sviluppo delle conoscenze, competenze e strumenti per il miglioramento della documentazione assistenziale nelle U.U.CO. INRCA (proseguimento progetto).	1) Programmare e realizzare un progetto formativo per migliorare l'uso della documentazione assistenziale e implementare strumenti uniformi e aggiornati per una cartella infermieristica INRCA 2) Implementare almeno una proposta per un modello di "Cartella Infermieristica Integrata INRCA" in relazione al modello assistenziale di riferimento	1) Partecipazione al progetto formativo per lo sviluppo e il miglioramento di conoscenze e competenze del personale infermieristico e OSS (basato su contenuti di organizzazione e documentazione dell'assistenza INRCA (partecipazione >80% del personale infermieristico e OSS). Fonte dati: firma di presenza evento ECOM (Edizioni ripetute) test di apprendimento per singolo partecipante. 2) Redazione di un documento per l'implementazione e lo sviluppo di un modello di "Cartella Infermieristica Integrata INRCA" da presentare alla DPS entro il 28/02/2016	Obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli			20%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali correlati alla prevenzione e gestione lesioni da decubito	1 Revisione e aggiornamento procedura aziendale di riferimento 2 Rilevazione della qualità dell'assistenza nella prevenzione e trattamento Lcdi (2 indagini di prevalenza)	1 Espletamento attività di rilevazione: raccolta criticità e formulazione proposte nelle unità operative di degenza (gruppi di lavoro multidisciplinari di U.U.CO.); 2 Attivazione di gruppo di lavoro multidisciplinare per la revisione e aggiornamento procedura aziendale. (Componente di U.U.CO. - 1 di Dipartimento - 1 di P.O.R.) 3 Indagine di prevalenza per il monitoraggio degli esiti assistenziali in relazione alla prevenzione e gestione Lcdi (Servizi di direzione Medica e infermieristica)	1 Livello di partecipazione del personale di U.U.CO. alle attività di rilevazione criticità e formulazione proposte da espletare entro il 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunioni e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità rilevazione: Trasmissione al DFS verbale e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DFS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operative/servizio. 2 Produzione di procedura aziendale revisionata e aggiornata da parte del gruppo di lavoro multidisciplinare. (Pubblicazione della procedura nel sistema GSM 31/12/2016) Fonte dati: Procedura aziendale revisionata e aggiornata approvata e pubblicata nel GSM. 3 Espletamento di 2 indagini di prevalenza per il monitoraggio degli esiti assistenziali correlati alla prevenzione e gestione delle Lcdi attraverso format predisposto dalla DPS Fonte dati: n. 1ª indagine nel primo Semestre, 2ª indagine nel secondo semestre Modalità rilevazione: Relazione e diffusione dell'indagine di prevalenza espletate su format predisposto dalla DPS	Obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli			25%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento organizzativo nell'utilizzo della documentazione infermieristica integrata	Implementazione della documentazione in relazione alla raccolta dati dai bisogni assistenziali e complessità assistenziale	1 Scelta condivisa del modello di scheda rilevazione bisogni assistenziali, 2 Formazione del personale infermieristico di riferimento per l'acquisizione delle competenze necessarie, 3 Utilizzo della modulistica concordata	1 Livello di partecipazione del personale di U.U.CO. nel processo di scelta e diffusione e formazione per la modulistica di documentazione infermieristica 30-6-2015. (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunioni e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DFS verbale e/o documentazione di riferimento. Relazione finale del Coord./P.O.D. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operative/servizio 2 Modulistica scelta adottata e presente in cartella Fonte dati: Modello rilevazione bisogni assistenziali e complessità uniforme presente in documentazione Modalità di rilevazione: analisi 5% Documentazione clinico assistenziale	Obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli			25%	obiettivo raggiunto
Prospettive dell'utenza e stakeholder	"Tutti siamo ricercatori". Ampliamento dell'attività di ricerca attraverso l'incremento del personale dedicato all'attività di ricerca	Realizzazione di un Piano di Azione per il coinvolgimento del personale della UO in attività di ricerca	1) pubblicazioni con IF da parte del personale non Responsabile di UCC 2) presentazione di progetti con PI diverso dal responsabile di UCC 3) Attività di fund raising realizzata dal personale non Responsabile di UCC con entrate economiche (o approvazione dell'ente erogante che certifichi l'ottenimento del finanziamento) 4) Ottenimento (con entrate economiche o approvazione del soggetto erogante che certifichi l'ottenimento del finanziamento) da parte del personale non Responsabile di CDR di FCT sponsorizzati	raggiungimento di almeno 1 indicatore tra i 5 indicati			20%		obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%	

D36104 - DIPARTIMENTO DEI SERVIZI, LABORATORI CLINICI E DI RICERCA AN		BUDGET 2016						
Responsabile : Dott. Ricci								
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARATO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Ottimizzazione delle risorse umane in ambito dipartimentale.	Tumazione di personale condiviso in ambito dipartimentale in funzione del fabbisogno delle singole U.O.(continuità con obiettivo 2015)	Predisposizione di report specifico sulle presenze del personale coinvolto nel tum over	Almeno 50 tumazioni a chiusura del bilancio 2016 (31/12) come evidenza dal report inoltrato entro il mese di gennaio 2017		20%		obiettivo raggiunto
	Ricerca Traslationale	Trasformazione dei risultati ottenuti attraverso l'attività di ricerca scientifica in pratiche cliniche, prodotti e servizi per i pazienti anziani al proprio interno	1) identificazione di una area tematica 2) stesura piano di azione 3) implementazione del piano di azione	Presentazione di un report entro il 31/10/2016		20%		obiettivo raggiunto
	Integrazione Inrca/ ASUR/ Osimo	Definizione di un proposta di integrazione della funzione specifica nell'ambito del progetto più generale di integrazione INRCA/ASUR/OSIMO, coerente a livello dipartimentale e condivisa a livello interaziendale; tale proposta, intesa come previsione di reciproca operatività in entrambi i Presidi, deve essere strutturata per fasi successive di sviluppo, compresa la parte operativa, da avviare laddove possibile entro l'anno. Il livello dipartimentale ha la responsabilità di presidiare lo sviluppo delle proposte in un contesto di coerenza dipartimentale. La definizione della proposta è presidiata e coordinata dal tavolo tecnico specifico, condotto dalle DMPO dei due presidi e dal dr Aldo Ricci.	Presentazione della proposta coerente a livello dipartimentale entro il 15/03/2016 Avvio delle attività secondo il cronoprogramma definito con la DMPO	vedi indicatore		25%		obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					35%	20%	

R2410600 - SOC CENTRO PATOLOGIA CLINICA E TERAPIA INNOVATIVA AN		Responsabile : Dr. Antonio Procopio Direttore Dipartimento: Dr. Stefano Ricci		BUDGET 2016				
SETTORE	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Ricerca traslazionale/ Ricerca di finanziamenti esterni specifici per l'attività di ricerca traslazionale	Incremento risorse finanziarie ricerca scientifica	Iniziative volte a incrementare le risorse finanziarie esterne all'Istituto	Ottenimento di un finanziamento complessivo pari a 20 mila €	-	5%		obiettivo non raggiunto
	Ricerca traslazionale/Medicina molecolare	Analisi del livello di espressione di miRNA circolanti e/o cellulari in patologie cardiovascolari, diabete e patologie neurodegenerative / Alzheimer) Predisposizione di un documento sull'utilità clinica dell'analisi con individuazione dei pazienti cui offrirla sistematicamente	numero di miRNA/ numero di pazienti analizzati Predisposizione della relazione sull'utilità clinica dello studio	almeno 3 miRNA/100 pazienti (si intende almeno 3 diverse specie di microRNA analizzati in tutti i pazienti (con n>100) per un totale di almeno 300 tests) Produzione della relazione entro il 30/04/2016		10%		obiettivo raggiunto
	Promozione del brand Inrca	Sviluppo di partnership e reti collaborative con organismi esterni	Organizzazione di un evento in collaborazione con UO Centro Patologia Clinica, UO Centro Traslazionale Nutrizione e UO Centro Tecnologie Avanzate dell'invecchiamento con i principali stakeholder regionali coinvolti nella ricerca biomedica	entro 31/12/2016		15%		obiettivo raggiunto
	Ricerca traslazionale/Medicina molecolare	Studio dei miRNA potenziali coinvolti nella caratterizzazione dell'Anziano Fragile Predisposizione di un documento sull'utilità clinica dell'analisi con individuazione dei pazienti cui offrirla sistematicamente	numero di miRNA/ numero di pazienti analizzati Predisposizione della relazione sull'utilità clinica dello studio	almeno 3 miRNA/100 pazienti (si intende almeno 3 diverse specie di microRNA analizzati in tutti i pazienti (con n>100) per un totale di almeno 300 tests) Produzione della relazione entro il 30/04/2016		10%		obiettivo raggiunto
	Ricerca Traslazionale e Promozione del brand INRCA anche attraverso l'apertura al territorio	Organizzazione di convegni o workshop	Eventi organizzati	almeno 2 eventi inerenti la ricerca traslazionale e clinica della malattia di Alzheimer		5%		obiettivo raggiunto
	Ricerca Traslazionale e Promozione del brand INRCA anche attraverso l'apertura al territorio	Studio di fattibilità in collaborazione con il Servizio Salute della Regione Marche sull'Anemia	stesura di un documento di fattibilità per identificare i parametri quantitativi e qualitativi del problema per pianificare possibili interventi sanitari	Studio di fattibilità entro il 31/05/2016		10%		obiettivo raggiunto
	Revisione e sviluppo di modelli operativi ed organizzativi innovativi	Studio di fattibilità di integrazione/ implementazione ed attuazione dell'UOC con altre UOCC in particolare laboratorio analisi, al fine del miglioramento dell'attività della ricerca traslazionale	Sesura del piano di fattibilità avvio di un progetto di ricerca comune	Attuazione di progetti condivisi stesura del piano di fattibilità entro il 30/04/2016 avvio del progetto comune entro il 01/07/2016		10%		obiettivo raggiunto
	Ricerca traslazionale/ Divulgazione dei risultati dell'attività scientifica realizzata	Pubblicazione di lavori scientifici su riviste internazionali indicizzate	Numero di pubblicazioni/ IFN	almeno 5 pubblicazioni per un valore di almeno 20 di IFN	IF= 67	10%		obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					25%		

19611200 - SOC FARMACIA AN		Responsabile : Direttore Dipartimento: Dr. Ricci		BUDGET 2016					
SETTORE	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	Incremento uso biosimilari	Informazione ai medici prescrittori mediante revisione della letteratura scientifica di riferimento e aggiornamento della normativa	Variazione spesa 2015 vs 2016	Incremento del 10% della spesa dei biosimilari area neuromiologica sul 2015 con contestuale riduzione del 20% dei corrispondenti farmaci tradizionali		10%		obiettivo non valutabile	
	Valorizzazione delle risorse umane e professionali per il miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure (Linee Guida Budget 2016)	Predisposizione di Linee Guida sull'uso delle Medicazioni Avanzate in collaborazione con la Commissione Dispositivi Medici, l'UO Piede Diabetico, l'UO di Dermatologia e la Direzione Medica di Presidio	Produzione delle linee guida condivise entro il	Produzione di un documento preliminare entro Dicembre 2016		5%		Obiettivo raggiunto.	
	Attività di consulenza sugli ammalati farmaceutici di reparto	Favorire una corretta gestione del farmaco, compresa la buona conservazione dei medicinali e dei dispositivi medici, la rilevazione e rimozione dei prodotti in scadenza o in eccedenza rispetto ai consumi prevedibili in base ai prelievi.	Numero verbali di ispezione/anno per u.c.c.o.	almeno 1 verbale di ispezione/anno per UO con 1 verbale per semestre per le 6 U.C.C.O. con la maggiore spesa 2015		5%		Obiettivo raggiunto.	
	valorizzazione delle risorse umane e professionali per il miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure	predisposizione di una Pocket Guide sull'antibiotico terapia in collaborazione con Laboratorio Analisi, l'Infettivologo e la Direzione Medica di Presidio	Produzione di una prima pocket guide con almeno una riunione verbalizzata con il Servizio di Farmacia Clinica, l'Infettivologo e la Direzione Medica di Presidio	produzione di un documento preliminare entro il 31/12/2016 discusso con almeno 2 Dipartimenti clinici in riunioni verbalizzate		5%		Obiettivo raggiunto.	
	Miglioramento della sicurezza e prevenzione delle cadute in Ospedale	1) Allineamento/aggiornamento della procedura aziendale alle disposizioni Regionali e/o Evidenze aggiornate. 2) Messa a regime della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Estensione a tutte le U.C.C.O. della procedura "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 2) Rilevazione delle criticità applicative, studio e diffusione delle indicazioni operative e provvedimenti attuativi nella procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 3) Monitoraggio del livello di	1) Diffusione e applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunioni/ e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità rilevazione: Trasmissione al DPS verbale/ e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2) Produzione documentata (Relazione di Unità Operativa sul format predefinito) delle	Obiettivo raggiunto come da attestazioni e del dott. Marinelli		30%	Obiettivo raggiunto.	
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione delle risorse umane in ottica Dipartimentale	Formulare ed implementare una proposta di procedura organizzativa per l'utilizzo flessibile di personale in ottica Dipartimentale	1) Espletare riunioni di Dipartimento U.C.C.O. E Servizi per la formulazione e condivisione della proposta di procedura 2) Sperimentare almeno 1 esperienza di condivisione dipartimentale di risorse umane in ambito	1) Proposta di procedura dipartimentale formulata previa diffusione di informazione Fonte dati: Verbale riunione/ e o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione procedura al DPS Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio ; 2) Sperimentazione almeno di 1 esperienza (piano ferie estive); Fonte dati: Relazione della P.O.D. con	Obiettivo raggiunto come da attestazioni e del dott. Marinelli		30%	Obiettivo raggiunto.	
	Razionalizzazione utilizzo risorse	Supporto alla Direzione Generale per il corretto uso dei beni sanitari	Presentazione di un report trimestrale sui consumi del trimestre precedente e proposte di miglioramento/razionalizzazioni sull'uso dei consumi	4 report entro la fine del mese successivo al trimestre precedente da inviare alla Direzione		5%		Obiettivo raggiunto.	
	Efficientamento procedura di acquisto di farmaci e beni sanitari	Definizione di una procedura condivisa con la UO Acquisizione beni e servizi per la programmazione e gestione degli ordini di farmaci e beni sanitari	Produzione di un protocollo condiviso entro il	vedi indicatore		10%		Obiettivo raggiunto.	
	Regolamentazione scorta farmaci per Protezione Civile	Produzione di un regolamento	Regolamento entro il	vedi indicatore		5%		Obiettivo raggiunto.	
	Predisposizione di un nuovo modello INRCA di gestione del rischio clinico in collaborazione con DIMPO AN e dott. Aldo Ricci, Farmacia, RSPP, Fisica Sanitaria, DPS.	A) Analisi fonti di segnalazione attuali B) predisposizione nuovi modelli e moduli di segnalazione eventi e quasi eventi C) Proposta di organizzazione CO.GERI e revisione organizzazione COVA,SI	Produzione del documento	Prima bozza entro 30 aprile 2016		5%		Obiettivo raggiunto.	
	Integrazione Inrca / ASUR / Osimo	Definizione di una proposta di integrazione della funzione specifica nell'ambito del progetto più generale di integrazione INRCA/ASUR/CSIMC, coerente a livello dipartimentale e condivisa a livello interaziendale; tale proposta, intesa come previsione di reciproca operatività in entrambi i Presidi, deve essere strutturata per fasi successive di sviluppo, compresa la parte operativa, da avviare laddove possibile entro l'anno. Il livello dipartimentale ha la responsabilità di presidiare lo sviluppo delle proposte in un contesto di coerenza dipartimentale. La definizione della proposta è presidiata e coordinata dal tavolo tecnico specifico, condotto dalle DIMPO dei due presidi e dal dr. Aldo Ricci.	Presentazione della proposta entro il 15/03/2016 Avvio delle attività secondo il cronoprogramma definito con la DIMPO	vedi indicatore		10%		Obiettivo raggiunto.	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder	Attivazione richiesta informatizzata di Reparto	verifica della corrispondenza fra giacenza teorica e giacenza reale	Controllo mensile a campione	Report trimestrale a campione		5%	20%	Obiettivo raggiunto.	
	attività di ricerca	Studio di nuove formulazioni per pazienti disfagici	produzione di un articolo scientifico con impact factor	Sottomissione articolo ad una rivista con IF	5 punti di IFN	5%		Obiettivo raggiunto.	
	attività di ricerca	Criteri di appropriatezza nell'uso di farmaci nell'anziano	Piano di azione per la traslationalità dei risultati della ricerca scientifica sul tema in collaborazione con la UCSD Laboratorio Farmacoepidemiologia CS	Presentazione Piano di Azione entro il 15/06/2016		5%		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 MOLECOLARI AN		Responsabile : Dr. Busco Direttore Dipartimento: Dr. Ricci		BUDGET 2016					
SETTORE	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2 <sup>a</sup> ISTANZA	
Economico-finanziario	Miglioramento risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo di beni sanitari	Costo beni sanitari per n. di prestazioni		1,43	1,59	10%	2%	obiettivo raggiunto
	Miglioramento risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale /N. teste Medici + Laureati non Medici		326.849	373.650,77	10%		obiettivo raggiunto
	Valorizzazione delle risorse umane e professionali per il miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure	predisposizione di una Pocket Guide sull'antibiotico terapia in collaborazione con il Servizio di Farmacia Clinica, l'Infettivologo e la Direzione Medica di Presidio	Produzione di una prima pocket guide con almeno una riunione verbalizzata con il Servizio di Farmacia Clinica, l'Infettivologo e la Direzione Medica di Presidio	produzione di un documento preliminare entro il 31/12/2016 discusso con almeno 2 Dipartimenti clinici in riunioni verbalizzate			10%		obiettivo raggiunto
	Razionalizzazione delle richieste di esami	Sviluppo di un report sulle linee di richiesta potenzialmente inappropriate e relative proposta di razionalizzazione	Report da presentare alla Direzione Generale	entro il 30/06/2016			5%		obiettivo raggiunto
	miglioramento qualità ed appropriatezza delle prestazioni erogate.	Razionalizzazione del dosaggio della bilirubina frazionata	eliminazione della Bilirubina frazionata da tutti i profili di routine, mini routine e profili relativi al progetto Report Age; attivazione della richiesta H-bst-Query sull'analizzatore dedicato quando i valori della Bilirubina totale risultano >1mg/dl; riduzione delle richieste di dosaggio della bilirubina frazionata (diretta); eliminazione della Amilasi pancreatica dal minimum core adottato nel progetto	Eliminazione della bilirubina entro il 30/04/2016 attivazione della nuova richiesta entro il 31/05/2016 riduzione del 40% delle richieste di dosaggio della bilirubina frazionata (diretta); riduzione delle richieste di dosaggio dell'Amilasi pancreatica			10%		obiettivo raggiunto
	Revisione e sviluppo di modelli operativi ed organizzativi innovativi	Collaborazione allo studio di fattibilità di integrazione/ implementazione ed attuazione dell'UCC Patologia Clinica al fine del miglioramento dell'attività della ricerca traslazionale	Stesura del piano di fattibilità avvio di un progetto di ricerca comune	Attuazione di progetti condivisi stesura del piano di fattibilità entro il 30/04/2016 avvio del progetto comune entro il 01/07/2016			10%		obiettivo raggiunto
	Miglioramento della sicurezza e prevenzione delle cadute in Ospedale	Allineamento/aggiornamento della procedura aziendale alle disposizioni Regionali e/o Evidenze aggiornate. Messa a regime della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Estensione a tutte le U.O.C. della procedura "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 2) Rilevazione delle criticità applicative, studio e diffusione delle indicazioni operative e provvedimenti attuativi nella procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 3) Monitoraggio del livello di consapevolezza/responsabilità professionale nella gestione della procedura aziendale di "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Diffusione e applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunioni e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2) Produzione documentata (Relazione di Unità Operativa su format predefinito) delle criticità riscontrate e dei suggerimenti di miglioramento nella applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (Presenza di Documentazione/format di U.O.C. 100%) 3) Somministrazione di questionario mirato basato sulla conoscenza della procedura, aspetti etici e normativi e responsabilità professionale in relazione alla "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata.				38%	obiettivo raggiunto come da relazione del dott. Marinelli
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione delle risorse umane in ottica Dipartimentale	Formulare ed implementare una proposta di procedura organizzativa per l'utilizzo flessibile di personale in ottica Dipartimentale	1) Espletare riunioni di Dipartimento U.O.C. E Servizi per la formulazione e condivisione della proposta di procedura 2) Sperimentare almeno 1 esperienza di condivisione dipartimentale di condivisione interscambio di risorse umane in ambito dipartimentale (Piano ferie estive)	1) Proposta di procedura dipartimentale formulata previa diffusione di informazione Fonte dati: Verbale riunioni e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione procedura al DPS Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio; 2) Sperimentazione almeno di 1 esperienza (piano ferie estive); Fonte dati: Relazione della P.O.D. con rendiconto delle situazioni, nominativi, date e orari di condivisione risorse				40%	obiettivo raggiunto come da relazione del dott. Marinelli
	Integrazione Inrca/ ASUR C	Definizione di un proposta di integrazione della funzione specifica nell'ambito del progetto più generale di integrazione INRCA/ASUR/CSIMO, coerente a livello dipartimentale e condivisa a livello interaziendale; tale proposta, intesa come previsione di reciproca operatività in entrambi i Presidi, deve essere strutturata per fasi successive di sviluppo, compresa la parte operativa, da avviare laddove possibile entro l'anno. Il livello dipartimentale ha la responsabilità di presidiare lo sviluppo delle proposte in un contesto di coerenza dipartimentale. La definizione della proposta è presidiata e coordinata dal tavolo tecnico specifico, condotto dalle DMPO dei due presidi e del dr	Presentazione della proposta entro il 15/03/2016 Avvio delle attività secondo il cronoprogramma definito con la DMPO	vedi indicatore			10%		obiettivo raggiunto come da attestazione della DMPO
Prospettiva dell'utenza e stakeholder									
	Ricerca a progetto	Partecipazione al progetto Sprint-t	Gestione esami di laboratorio progetto Sprint-t	100% degli esami da effettuare secondo DoW di progetto			10%		obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%	

R9612100 - SOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI AN-FM		Responsabile : Dr. Ricci Direttore Dipartimento: Dr. Ricci		BUDGET 2016						
SETTORE	OGGETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° Istanza		
Economico-finanziario	Miglioramento risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo di beni sanitari	Costo beni sanitari per n. di prestazioni		10,34	10,17	5%	2%	obiettivo raggiunto	
	Miglioramento risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale / dirigenti medici e non medici		232.849	232.877	10%		obiettivo raggiunto	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)										
	Integrazione Inrca / ASUR/ Casmo	Definizione di un proposta di integrazione della funzione specifica nell'ambito del progetto più generale di integrazione INRCA/ASUR/COSIMQ, coerente a livello dipartimentale e condivisa a livello interaziendale; tale proposta, intesa come previsione di reciproca operatività in entrambi i Presidi, deve essere strutturata per fasi successive di sviluppo, compresa la parte operativa, da avviare laddove possibile entro l'anno. Il livello dipartimentale ha la responsabilità di presidiare lo sviluppo delle proposte in un contesto di coerenza dipartimentale.	Presentazione della proposta entro il 15/03/2016 Avvio delle attività secondo il cronoprogramma definito con la DMPO	vedi indicatore			10%		obiettivo raggiunto	
	Avvio progetto HFU multiaziendale	Supporto alla UCC Urologia e alla SOSD Prevenzione tumori prostatici alla produzione di un documento con il coinvolgimento delle altre U.LOCC Urologiche della Regione	Supporto alla stesura e sottoscrizione del documento e avvio dell'operatività di sistema	entro il 30/09			5%		obiettivo raggiunto	
	Percorso diagnostico terapeutico del paziente del Centro del Piede Diabetico	Certificazione del percorso diagnostico terapeutico interdisciplinare e multiprofessionale	Percorso da inserire nel SQM	Percorso da inserire nel SQM entro il 30/04			5%		obiettivo raggiunto	
	Miglioramento qualità ed appropriatezza delle prestazioni erogate	Sperimentazione ed applicazione del protocollo diagnostico (approvato nel 2015), nell'andaro diabetico con PAD esteso al distretto cardiaco. Obiettivo condiviso con U.LO di Piede diabetico, Cardiologia, Medicina Nucleare	Audit sull'attività svolta nel 2015 e nel 2016 da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2016			5%	15%	obiettivo raggiunto	
	Miglioramento qualità ed appropriatezza delle prestazioni erogate	Messa a punto di protocolli operativi con la partecipazione del personale del comparto tra le U.LOCC di Neurologia, Geriatria/AGU, Diagnostica per Immagini e Medicina Riabilitativa, per il percorso dell'ictus nel paziente geriatrico.	Partecipazione alla ridefinizione del percorso aziendale ictus all'interno del tavolo tecnico costituito dalla Direzione Sanitaria	vedi indicatore			5%		obiettivo raggiunto	
	Sviluppo di attività innovative finalizzate alla ricerca clinica e sperimentale. (obiettivo di ricerca)	Attivazione dello studio, con le U.O. di Cardiologia, sul prelievo ematico (a scopo di ricerca nel campo del microRNA) in corso di coronarografia e/o procedure di interventistica cardiologica (proseguimento di obiettivo 2015)	Numero di pazienti (inclusi nello studio) sottoposti a prelievi ematici in corso di coronarografia	Avvio dello studio entro il 31 dicembre			10%		Obiettivo non valutabile	
	Miglioramento della sicurezza e prevenzione delle cadute in Ospedale	1) Allineamento/aggiornamento della procedura aziendale alle disposizioni Regionali e/o Evidenze aggiornate. 2) Messa a regime della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Estensione a tutte le U.LOCC della procedura "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 2) Rilevazione delle criticità applicative, studio e diffusione delle indicazioni operative e procedurali attuative nella procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 3) Monitoraggio del livello di consapevolezza/responsabilità professionale nella gestione della procedura aziendale di "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Diffusione e applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunioni e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operative/servizio. 2) Produzione documentata (Relazione di Unità Operativa sul format predifinito) delle criticità riscontrate e dei suggerimenti di miglioramento nella applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (Presenza di Documentazione/format di U.LOCC 100%) 3) Somministrazione di questionario misto basato sulla conoscenza della procedura, aspetti etici e normativi e responsabilità professionale in relazione alla "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata. (partecipazione > 75% personale del comparto) Fonte dati: %questionari distribuiti %questionari ritorni				33%		obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione delle risorse umane in ottica Dipartimentale	Formulare ed implementare una proposta di procedura organizzativa per l'utilizzo flessibile di personale in ottica Dipartimentale	1) Espletare riunioni di Dipartimento U.LOCC E Servizi per la formulazione e condivisione della proposta di procedura 2) Sperimentare almeno 1 esperienza di condivisione dipartimentale di condivisione interscambio di risorse umane in ambito dipartimentale	1) Proposta di procedura dipartimentale formulata previa diffusione di informazione Fonte dati: Verbale riunioni e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione procedura al DPS Criterio di calcolo: % sulla dotazione organica media di unità operative/servizio; 2) Sperimentazione almeno di 1 esperienza (piano ferie estive ??); Fonte dati: Relazione della P.O.D. con rendiconto delle situazioni, nominativi, date e orari di condivisione risorse umane in ambito dipartimentale Rilevazione: Previsione aggiornamento prospettivo turni / verifica presenza in servizio.				30%		obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli
	Governo dei tempi di attesa in applicazione della DGR 809/2015	Aumento complessivo slot prestazioni monitorate (obiettivo di Unità Operativa erogate sedi Ancona e Fermo)	n complessivo slot disponibili per prestazioni oggetto di monitoraggio 2015 / n. complessivo slot disponibili per prestazioni oggetto di monitoraggio 2016	Mantenimento dell'attività dell'anno precedente con leggero incremento del lavoro					obiettivo raggiunto	
		Presi in carico di Cardiologia, Nefrologia, Diabetologia e Neurologia: garanzia slot dedicati a prestazioni individuate in collaborazione con la DMPO per la presa in carico (obiettivo di Unità Operativa erogate per le U.LOCC della sede di Ancona di Cardiologia, Nefrologia, Diabetologia, Neurologia, Radiologia, UCCS Prevenzione tumori prostatici)	n. di Prestazioni slot settimanali messi a disposizione dei pazienti interessati dalla presa in carico, così come previsto dalla DGR 809/15 e dalla determina 360/15	Mantenimento dell'attività dell'anno precedente con leggero incremento del lavoro			10%		obiettivo raggiunto	
Prospettive dell'utenza e stakeholder	PRODUZIONE SCIENTIFICA	Punteggio IF	Sottomissione di un draft ad una rivista con IF in collaborazione con LO Centro del Piede Diabetico	vedi indicatore			5%		obiettivo raggiunto	
	Ricerca a progetto	Partecipazione al progetto Sprint-t	Gestione esami radiologici progetto Sprint-t	100% degli esami da effettuare secondo DoWd progetto			5%		obiettivo raggiunto	
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 : Dr.ssa Daniela Fornarelli Direttore Dipartimento: Dr. Ricci		BUDGET 2016					
SETTORE	OGGETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario	Miglioramento risultati economici	Migliore attenzione nel consumo di beni sanitari	Costo beni sanitari per n. di prestazioni	78,57	67,71	15%	2%	obiettivo raggiunto	
	Miglioramento risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale / dirigenti medici e non medici	1.188.366	1.186.460	10%		obiettivo raggiunto	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)									
	Miglioramento qualità ed appropriatezza della Scintigrafia cerebrale recettoriale (DAT SCAN)	Predisposizione di un documento condiviso con la UO di Neurologia, relativo alla applicazione corretta dei criteri di appropriatezza della Scintigrafia cerebrale recettoriale (Dat Scan) con il duplice risultato di evitare studi inappropriati ed ancor più di focalizzare patologie dove, al contrario, l'informazione ottenibile con imaging funzionale medico-nucleare è indispensabile per il work-up del paziente anziano.	Predisposizione del documento con individuazione di un meccanismo di verifica dell'appropriatezza delle richieste	entro il 30/06/2016		20%		obiettivo raggiunto	
	Integrazione Inrca / ASUR/ Osimo	Definizione di un proposta di integrazione della funzione specifica nell'ambito del progetto più generale di integrazione INRCA/ASUR/OSIMO, coerente a livello dipartimentale e condivisa a livello interaziendale; tale proposta, intesa come previsione di reciproca operatività in entrambi i Presidi, deve essere strutturata per fasi successive di sviluppo, compresa la parte operativa, da avviare laddove possibile entro l'anno. Il livello dipartimentale ha la responsabilità di presidiare lo sviluppo delle proposte in un contesto di coerenza dipartimentale. La definizione della proposta è presidiata e coordinata dal tavolo tecnico specifico, condotto dalle DMPO dei due presidi e dal Dr Aldo Ricci.	Presentazione della proposta entro il 15/03/2016 Avvio delle attività secondo il cronoprogramma definito con la DMFO	vedi indicatore		10%		obiettivo raggiunto	
	Miglioramento qualità ed appropriatezza delle prestazioni erogate	Sperimentazione ed applicazione del protocollo diagnostico (approvato nel 2015), nell'anziano diabetico con PAD esteso al distretto cardiaco. Obiettivo condiviso con l'U.O. di Piede diabetico, Diagnostica per le Immagini, Cardiologia	Audit sull'attività svolta nel 2015 e nel 2016 da inviare alla Direzione Sanitaria	entro il 31/12/2016		20%			
	Miglioramento della sicurezza e prevenzione delle cadute in Ospedale	1) Allineamento/aggiornamento della procedura aziendale alle disposizioni Regionali e/o Evidenze aggiornate. 2) Messa a regime della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Estensione a tutte le U.O.O. della procedura "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 2) Rilevazione delle criticità applicative, studio e diffusione delle indicazioni operative e provvedimenti attuativi nella procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata 3) Monitoraggio del livello di consapevolezza/responsabilità professionale nella gestione della procedura aziendale di "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata	1) Diffusione e applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (almeno 75% del personale) Fonte dati: Verbale riunioni e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione al DPS verbale e/o documentazione di riferimento con relative criticità e proposte di miglioramento. Relazione finale del DPS. Criterio di calcolo: %sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio. 2) Produzione documentata (Relazione di Unità Operativa su format predefinito) delle criticità riscontrate e dei suggerimenti di miglioramento nella applicazione della procedura aziendale "Prevenzione delle cadute Pazienti/Utenti" revisionata/aggiornata (Presenza di Documentazione format di U.O.O. 100%)	obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli		40%		
	Miglioramento dell'organizzazione nella gestione delle risorse umane in ottica Dipartimentale	Formulare ed implementare una proposta di procedura organizzativa per l'utilizzo flessibile di personale in ottica Dipartimentale	1) Espellere riunioni di Dipartimento U.O.O. E Servizi per la formulazione e condivisione della proposta di procedura 2) Sperimentare almeno 1 esperienza di condivisione dipartimentale di condivisione interscambio di risorse umane in ambito dipartimentale (Piano ferie estive ??)	1) Proposta di procedura dipartimentale formulata previa diffusione di informazione Fonte dati: Verbale riunioni e/o attività di U.O. con report nominativo dei partecipanti. Modalità di rilevazione: Trasmissione procedura al DPS Criterio di calcolo: %sulla dotazione organica media di unità operativa/servizio ; 2) Sperimentazione almeno di 1 esperienza (piano ferie estive ??); Fonte dati: Relazione della P.O.D. con rendiconto delle situazioni, nominativi, date e orari di condivisione risorsa umana in ambito dipartimentale Modalità di rilevazione: Previsione aggiornamento prospetto turni / verifica presenza in	obiettivo raggiunto come da attestazione del dott. Marinelli		38%		
Prospettiva dell'utenza e stakeholder									
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi					25%	20%		