



RELAZIONE SULLE PERFORMANCE - ANNO 2019

INDICE

1	Premessa	3
2	Contesto esterno di riferimento	4
3	L'istituto	6
4	Sintesi dei risultati raggiunti a livello complessivo.....	9
5	Albero delle performance, obiettivi strategici, obiettivi e piani operativi, obiettivi individuali	19
6	I risultati raggiunti nella performance organizzativa	37
7	I risultati raggiunti nella performance individuale.....	39
8	Risultati in materia di trasparenza amministrativa.....	41
9	Pari opportunità e bilancio di genere.....	44
10	Il processo di redazione della Relazione sulla performance	49
11	ALLEGATO N. 1 – Risultati per UU.OO.....	50
12	Allegato 2: Tabella Obiettivi strategici	117
13	Allegato 3: Tabella documenti del ciclo di gestione della performance	118

1 Premessa

Il piano delle performance aziendali di cui alla determina del Direttore Generale n. 21/2019 ha trovato il suo completamento nella definizione degli obiettivi all'interno delle schede di budget dei singoli CDR e facenti riferimento ai macroobiettivi aziendali contenuti nell'ambito delle linee guida del budget 2019.

A tal proposito il Piano delle Performance 2019 approvato con Determina DGEN 21/2019 è stato successivamente integrato con DGEN 459/2019. Con tale documento sono stati individuati ed assegnati gli obiettivi alle strutture aziendali.

Il piano delle performance anno 2019 ipotizzato attraverso le linee guida del budget e declinato in obiettivi di CDR fa riferimento a tutti gli ambiti aziendali e quindi ipotizzava obiettivi (performance) scientifici, sanitari, amministrativi ed economici considerati sia singolarmente che interconnessi fra di loro.

2 Contesto esterno di riferimento

L'analisi circa il raggiungimento delle performance aziendali risente inevitabilmente delle dinamiche istituzionali con i diversi stakeholder di riferimento, in primis le tre Regioni di riferimento (Regione Lombardia, Regione Marche e Regione Calabria) e con i competenti Ministeri per l'area scientifica e sanitaria. Nel rispetto del suddetto quadro, l'esercizio 2019 ha rappresentato per l'Istituto un anno estremamente significativo sia per i cambiamenti avvenuti che per quelli impostati per i successivi esercizi. È infatti l'esercizio in cui da un punto di vista istituzionale:

- Si è consolidato l'accordo transattivo raggiunto e sottoscritto con la Regione Calabria e si sono avviati i percorsi relativi al piano di rilancio della struttura di Cosenza;
- Si sono realizzati importanti scelte organizzative gestionali nell'attività erogata in Regione Lombardia a seguito del consolidamento dei rapporti con la Regione Lombardia che si erano tradotti in un accordo di sistema tra Regione Marche e Regione Lombardia;
- Si è confermata la scientificità dell'Istituto dopo il superamento della site visit ministeriale come sancito dal Decreto del Ministero della Salute del 7 giugno 2019.

Sempre nel corso dell'esercizio 2019 l'Istituto se da una parte ha consolidato la propria attività istituzionale, di assistenza e di ricerca, con i POR di Ancona, Fermo, Casatenovo e Cosenza a cui va aggiunta la RSR di Treia dall'altra è entrata a regime la fusione per incorporazione del Presidio di Osimo avvenuta nel 2018 e si è realizzato lo spostamento logistico delle attività per acuti di Geriatria di Fermo presso l'Ospedale dell'Asur AV4 (ottobre 2019) e di Pneumologia per Acuti di Casatenovo presso l'Ospedale di Merate (febbraio 2019).

In tutti questi ambiti in ogni caso l'impostazione data dalla Direzione è stata quella di rifunionalizzare e riqualificare le sedi esistenti attraverso:

- Il consolidamento della mission aziendale;
- Il consolidamento del pieno inserimento dei presidi nei diversi percorsi regionali di riferimento.

Va altresì segnalato il forte sviluppo nell'ambito dell'attività di ricerca avvenuto nel versante della domotica e dell'area socio economica rivolta all'anziano, come testimoniato dai molteplici progetti di ricerca scientifica finanziati in questa area nel corso del 2019. Peraltro, è stata rafforzata anche la dinamica che vede i diversi Presidi realizzare sistemi e misure di collegamento e sinergia con le altre strutture pubbliche di ricerca e di assistenza sanitaria, pubbliche e private, con le università, con gli istituti di riabilitazione presenti nel territorio e che fanno parte integrante del sistema-salute attuato all'interno dell'ambito regionale. Sul versante specifico della ricerca nel 2019 l'istituto risulta impegnato, in continuità con gli anni precedenti, sullo sviluppo delle linee di ricerca approvate dal ministero e che rafforzano il ruolo di unico IRCSS nazionale a vocazione geriatrica e gerontologica.

La struttura dell'Istituto resta complessa anche in considerazione del consolidato processo di "regionalizzazione" del sistema sanitario che inevitabilmente impatta anche sulle dinamiche contabili.

Con la Regione Sardegna prosegue l'iter giudiziario a suo tempo avviato stante la dichiarata volontà della Regione Sardegna di non transigere con l'Istituto. Per quanto riguarda lo stato del contenzioso con la suddetta Regione, a febbraio 2013 il Tribunale di Ancona, presso cui era stata introitata la causa nel 2006 per il periodo 1996-2004 per un valore complessivo di 12.939 mln di euro, ha emesso la sentenza n. 170/2013 con cui rigettava le pretese dell'Istituto. Pertanto l'Istituto ha già provveduto a presentare ricorso in appello, RG n. 651/2013, (Det.113/DGEN del 22/03/2013) la cui udienza era stata fissata per il 09/12/2014. La Corte ha rinviato l'udienza per la precisazione delle conclusioni al 10/04/2018 all'esito della quale l'appello è stato trattenuto in decisione e quindi rigettato con la sentenza n. 2994/2018. Avverso tale

sentenza è stato interposto ricorso per Cassazione rubricato al numero di R.G. n.18540/2019, tutt'ora pendente.

L'Istituto ha inoltre provveduto (Det.114/DGEN del 22/03/2013) a presentare un'ulteriore causa verso la Regione Sardegna, per il periodo 2005-2012 per un valore complessivo di 15.851 mln di euro rubricata al n. di R.G. 7063/2013.

Tale ulteriore giudizio è stato deciso con sentenza n. 1978/2019 del 13.09.2019 di rigetto delle pretese dell'Istituto.

Rispetto a tale sentenza con DGEN n. 178 del 12.05.2020 è stata disposta la predisposizione dell'appello avverso la sentenza di cui sora e l'Appello è stato notificato il 13 maggio 2020.

3 L'istituto

Il bilancio per l'esercizio 2019 dell'Istituto presenta una perdita complessiva di -2.222.912,23 € 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 2019:

a) Valore della produzione	Euro	107.995.768,49	+
b) Costi della produzione	Euro	106.172.984,69	-
c) Proventi ed oneri finanziari	Euro	0,91	-
d) Rettifica di valore att. Finanz.	Euro	===	
e) Proventi ed oneri straordinari	Euro	99.697,46	+
f) Irap e imposte e tasse	Euro	4.145.934,4	-

PERDITA D'ESERCIZIO	Euro	2.222.912,23	-
=====			

Dal punto di vista meramente contabile si espongono i risultati economici dei vari sezionali che compongono il Bilancio d'Esercizio 2019:

- ✓ Il sezionale della Regione Marche presenta il pareggio di bilancio come da disposizioni contenute nella DRG Marche n. 634 del 29/05/2020 "Disposizioni per la redazione del Bilancio d'esercizio 2019 degli Enti del SSR e per l'attuazione del Decreto Legislativo n. 118 del 23/06/2011 e s.m.i";
- ✓ Il sezionale del Por di Casatenovo presenta il pareggio di bilancio considerando che per la sua redazione si è tenuto conto dei valori assegnati con il Decreto Regione Lombardia n. 7217 del 22/05/2020 e delle linee guida contabili e tecniche inviate dalla Regione Lombardia con nota prot. G1.2020.0017640 del 20/04/2020. Si fa presente inoltre che i modelli contenenti il bilancio sezionale del Presidio di Casatenovo, in ottemperanza a quanto richiesto dalla Regione Lombardia con la nota sopra citata, sono stati inseriti in data 30/06/2019 nel Portale SCRIBA e secondo gli schemi previsti dalle linee guida regionali;
- ✓ Il sezionale del Por di Cosenza è invece in perdita tenendo conto della nota della Regione Calabria N. 0149202 del 30/04/2020 con la quale si rimanda ai valori di Contributi regionali e saldo di mobilità di compensazione intra ed extra regionale già inseriti in sede di CE 4° trimestre 2019.
Nello specifico il suddetto bilancio sezionale registra un sostanziale mantenimento della perdita rispetto al 2018 (2.223 mila € contro 2.247 mila € del 2017).
Il mantenimento del risultato deriva essenzialmente dal fatto che a fronte di un leggero incremento dell'attività ambulatoriale erogata (soprattutto in diagnostico sia radiologico che, soprattutto, di laboratorio) si sono avuti incrementi nei costi dei beni sanitari che hanno trovato ulteriore compensazione nella diminuzione del costo del personale avvenuta nonostante l'effetto "prezzo" derivante dall'incremento contrattuale per l'area dirigenziale medica e sanitaria.
Rispetto a questa dinamica si segnalano due fatti fondamentali. Da una parte il proseguimento dell'iter positivo di miglioramento della rapportualità istituzionale che, dopo la conclusione dell'accordo transattivo avvenuto nel 2018, ha trovato i suoi momenti di conferma nell'invio, avvenuto a marzo 2019 (e riconfermato nel successivo giugno), da parte della Regione Marche verso la Regione Calabria, del Piano di Razionalizzazione e Sviluppo dell'Istituto e nella conferma dell'interesse da parte della Regione Calabria che con la nota protocollo 420932 del 06/12/2019 afferma che si "...rappresenta la volontà di

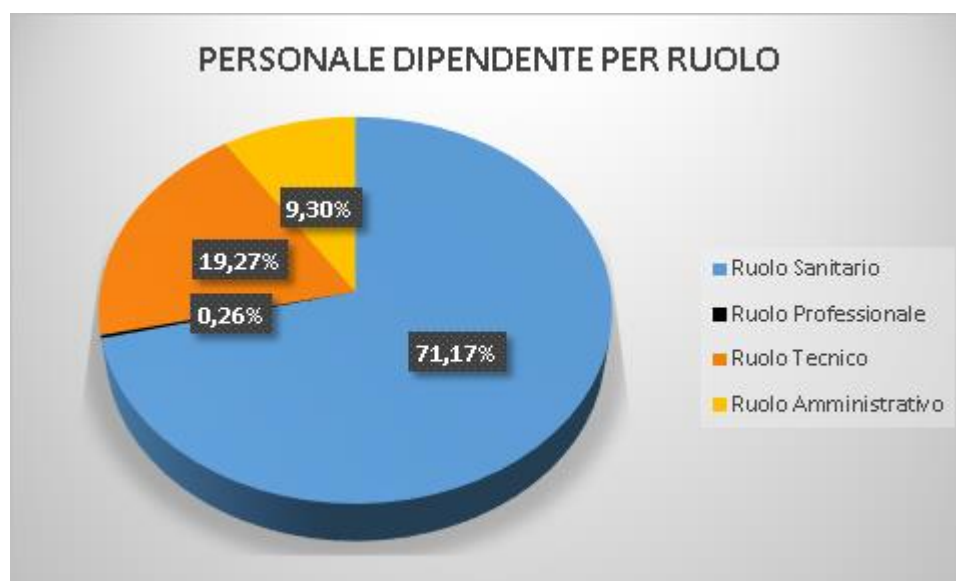
rispettare quanto stabilito nell'ambito dell'accordo transattivo sottoscritto il 18 maggio 2018 e recepito con DCA n. 118 del 24/05/2018."

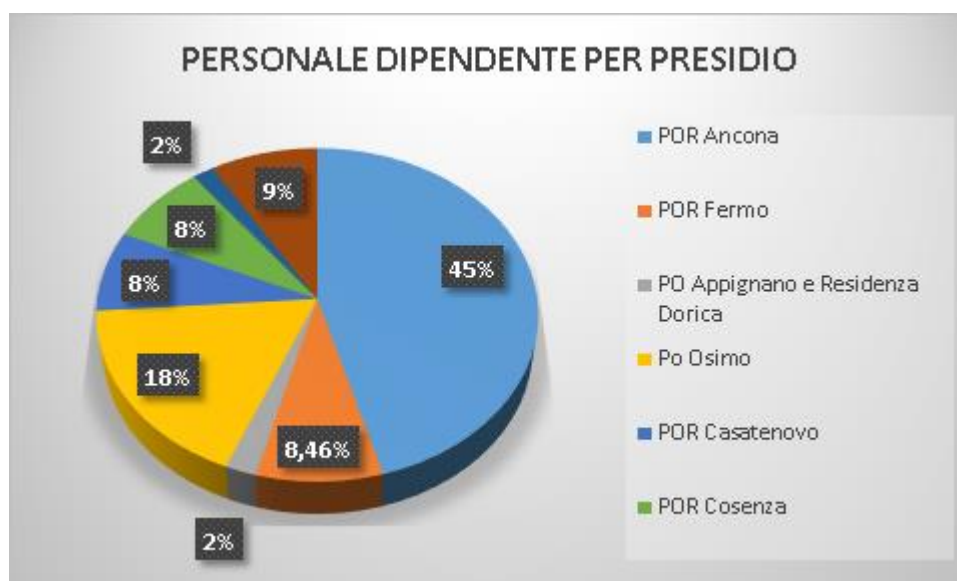
Dall'altra parte si segnala comunque che dal 2012 in poi la regione Calabria ha sistematicamente coperto le perdite del Presidio di Cosenza, al pari delle altre aziende del SSR Calabrese, con appositi decreti. Ad oggi sono state decretate le coperture delle perdite fino all'esercizio 2017.

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

	ANNO 2019									
	Presidi Marche	di cui POR Ancona	di cui POR Fermo	di cui PO Appignano e Residenza Dorica	di cui Po Osimo	POR Casatenov o	POR Cosenza	Polo Scientifico e Tecnologico	Area Amministrativa di supporto	TOTALE INRCA
TOT - Totale Qualifiche	842,5	520,40	96,54	24,10	201,50	89,13	90,89	19,71	98,43	1.140,7
RS - Tot Ruolo Sanitario	661,5	418,30	74,02	15,26	153,96	52,41	70,68	12,71	14,49	811,8
SDM - Tot Dirigenza Sanitaria Medica	155,5	100,88	16,78	2,00	35,86	11,00	15,25	1,96	2,00	185,7
SDNM - Tot Dirigenza Sanitaria non Medica	19,3	14,67	1,00	-	3,58	1,00	1,00	8,00	6,96	36,2
SC - Tot Comparto Sanitario	486,8	302,75	56,23	13,26	114,52	40,41	54,43	2,75	5,53	589,9
RP - Tot Ruolo Professionale	-	-	-	-	-	-	-	-	3,00	3,0
PD - Tot Dirigenza Professionale	-	-	-	-	-	-	-	-	3,00	3,0
PC - Tot Comparto Professionale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RT - Tot Ruolo Tecnico	154,9	83,61	20,52	7,83	42,96	27,40	15,58	6,00	15,94	219,8
TD - Tot Dirigenza Tecnico	1,0	-	1,00	-	-	-	-	4,00	3,55	8,6
TC - Tot Comparto Tecnico	153,9	83,61	19,52	7,83	42,96	27,40	15,58	2,00	12,39	211,3
RA - Tot Ruolo Amministrativo	26,1	18,50	2,00	1,00	4,58	9,32	4,63	1,00	65,00	106,0
AD - Tot Dirigenza Amministrativa	1,0	1,00	-	-	-	-	-	-	5,00	6,0
CA - Tot Comparto Amministrativo	25,1	17,50	2,00	1,00	4,58	9,32	4,63	1,00	60,00	100,0

7





4 Sintesi dei risultati raggiunti a livello complessivo

Le risorse a disposizione sinteticamente descritte nel paragrafo precedente hanno consentito di produrre l'attività di seguito rappresentata nelle diverse tipologie che la caratterizzano, confrontando i dati consuntivi 2019 e 2018.

Attività di ricovero

TOTALE INRCA		
Indicatori di produttività - Attività di ricovero	Anno 2018	Anno 2019
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo
POSTI LETTO Degenza Ordinaria	369	370
Numero Ricoveri Degenza Ordinaria	10.028	9.763
GG Degenza Ordinaria	117.671	116.895
VALORE Degenza Ordinaria	39.828.191	40.217.929
DRG Medio Degenza Ordinaria	3.972	4.119
Tasso di occupazione pl	89%	88%
POSTI LETTO Degenza breve	11	14
Numero Ricoveri in Degenza breve	1.206	1.125
GG degenza breve	2.130	2.042
VALORE Degenza breve	1.418.643	1.583.311
VALORE MEDIO AD ACCESSO	666	775
VALORE COMPLESSIVO ATTIVITA' OSPEDALIERA	41.246.834	41.801.240
Indicatori di produttività - Attività residenziale	Anno 2018	Anno 2019
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo
gg degenza erogate	15.266	16.161
Valore produzione erogata	2.363.183	2.515.777
Indicatori di produttività - Attività semiresidenziale	Anno 2018	Anno 2019
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo
gg degenza erogate	2.480	2.612
Valore produzione erogata	143.840	151.496
Indicatori di produttività - Attività ambulatoriale	Anno 2018	Anno 2019
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo
N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI ESTERNE	1.185.529	1.322.608
VALORE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	17.531.004	18.828.139
TOTALE VALORE LORDO DELLA PRODUZIONE EROGATA	61.284.861	63.296.652

L'attività di ricovero, complessivamente intesa (Degenza ordinaria, day hospital e day surgery), è in leggero incremento quantitativo e valoriale. In realtà per avere una analisi più corretta il dato va

disaggregato per i diversi presidi riferimento in quanto il dato Inrca rappresenta la sommatoria delle diverse dinamiche regionali.

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

POR di Ancona		
Indicatori di produttività - Attività di ricovero ed Ambulatoriale	Anno 2018	Anno 2019
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo
POSTI LETTO Degenza Ordinaria	159,13	160,53
Numero Ricoveri Degenza Ordinaria	4.808	5.080
GG Degenza Ordinaria	52.919	53.489
Tasso Occupazione PL Degenza Ordinaria	91,1%	91,3%
VALORE Degenza Ordinaria	20.986.235	21.595.654
DRG Medio Degenza Ordinaria	4.365	4.251
Degenza media DO	11,01	10,53
POSTI LETTO DH	4,0	7,0
Numero Ricoveri in DH	598	460
GG DH	1.363	1.136
Tasso Occupazione PL in DH	68,2%	32,5%
VALORE DH	577.273	631.084
VALORE MEDIO AD ACCESSO	424	556
DRG Medio DH	965	1.372
Degenza Media DH	2	2
Numero Ricoveri in DS	0	0
GG DS	0	0
VALORE DS	0	0
DRG Medio DS	0	0
Numero ricoveri	5.406	5.540
VALORE ricoveri	21.563.508	22.226.738

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

Relativamente al Presidio di Ancona l'incremento della produzione ospedaliero è il frutto di più variazioni diversificate tra loro. In effetti sono in positivo incremento le attività del Dipartimento post acuzie anche grazie al recupero di dotazione di posti letto, e le attività del Dipartimento Medico all'interno del quale si segnala la ripresa in ambito cardiologico dell'attività impiantistica. Infine il Dipartimento chirurgico è in diminuzione rispetto all'anno precedente a causa delle problematiche legate alla diminuzione dei medici chirurghi oltre alla limitatezza di posti letto complessivo (appena 30 tra tutte e 4 le uu.oo. del Presidio)

POR di Fermo		
Indicatori di produttività - Attività di ricovero ed Ambulatoriale	Anno 2018	Anno 2019
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo
POSTI LETTO Degenza Ordinaria	51,18	59,25
Numero Ricoveri Degenza Ordinaria	816	886
GG Degenza Ordinaria	17.753	18.594
Tasso Occupazione PL Degenza Ordinaria	95,0%	86,0%
VALORE Degenza Ordinaria	3.856.480	3.997.234
DRG Medio Degenza Ordinaria	4.726	4.512
Degenza media DO	21,76	20,99
Numero ricoveri	816	886
VALORE ricoveri	3.856.480	3.997.234

Per quanto riguarda il Presidio di Fermo, si osserva dalla tabella che l'attività di ricovero ha visto un decremento in termini di pazienti e di giornate erogate. Tale decremento deriva da più dinamiche tra di loro contrastanti. Da una parte l'incremento dell'attività della degenza post acuzie, nel 2019 a pieno regime contrariamente a quanto avvenuto nel 2018, che è stata più che compensata da una riduzione della riabilitazione cardiologica e dalla diminuzione importante nell'ambito della Geriatria a seguito del trasferimento della stessa presso l'ospedale Murri dell'Asur Av4. In effetti il trasferimento ha inevitabilmente comportato una diminuzione delle attività in prossimità del trasferimento (21 ottobre) e un inevitabile graduale ripresa delle attività nel nuovo sito produttivo.

11

POR di Osimo		
Indicatori di produttività - Attività di ricovero ed Ambulatoriale	Anno 2018	Anno 2019
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo
POSTI LETTO Degenza Ordinaria	62	58
Numero Ricoveri Degenza Ordinaria	1.950	1.770
GG Degenza Ordinaria	16.112	16.824
Tasso Occupazione PL Degenza Ordinaria	71,2%	79,9%
VALORE Degenza Ordinaria	6.161.335	6.374.660
DRG Medio Degenza Ordinaria	3.160	3.602
Degenza media DO	8,26	9,51
POSTI LETTO DH	7	7
Numero Ricoveri in DH	608	665
GG DH	767	906
Tasso Occupazione PL in DH	21,9%	25,9%
VALORE DH	841.370	952.227
VALORE MEDIO AD ACCESSO	1.097	1.051
DRG Medio DH	1.384	1.432
Degenza Media DH	1,26	1,36
Numero ricoveri	2558	2435
VALORE ricoveri	7.002.705	7.326.887

Per quanto riguarda il Presidio di Osimo si osserva che l'attività erogata nel corso del 2019 è in incremento nella logica che si stanno gradualmente superando le problematiche importanti derivanti dalla fusione per incorporazione. In effetti, in considerazione del fatto che gran parte del personale trasferito dall'Asur era a tempo determinato questo aspetto ha comportato l'inevitabile ricambio una volta giunto a scadenza, con conseguenti problemi inevitabili di assestamento. Va da sé che in un mondo particolarmente professionalizzato come quello sanitario tale attività ha comportato l'inevitabile necessità di recuperare professionalità e questo è stato inizialmente a detrimento dell'attività, e infatti siamo in presenza di un recupero graduale della stessa.

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

Por di Cosenza		
Indicatori di produttività - Attività di ricovero ed Ambulatoriale	Anno 2018	Anno 2019
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo
POSTI LETTO Degenza Ordinaria	42,50	42,50
Numero Ricoveri Degenza Ordinaria	916	833
GG Degenza Ordinaria	13.475	12.899
Tasso Occupazione PL Degenza Ordinaria	87%	83%
VALORE Degenza Ordinaria	3.577.960	3.472.845
DRG Medio Degenza Ordinaria	3.906	4.169
Degenza media DO	14,71	15,48
Numero ricoveri	916	833
VALORE ricoveri	3.577.960	3.472.845

Per quanto riguarda l'attività di ricovero rispetto al 2018 si osserva un peggioramento nell'attività di ricovero erogata nonostante l'incremento del Drg medio, mentre risulta in peggioramento la degenza media. Tale diminuzione rafforza ancora di più la necessità per un definitivo salto di qualità l'attuazione del percorso di razionalizzazione che comporterebbe un cambiamento nell'ambito delle professionalità mediche in un senso più adeguato alle esigenze di un presidio geriatrico.

Por di Casatenovo		
Indicatori di produttività - Attività di ricovero ed Ambulatoriale	Anno 2018	Anno 2019
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo
POSTI LETTO Degenza Ordinaria	54,25	50,00
Numero Ricoveri Degenza Ordinaria	1.538	1.194
GG Degenza Ordinaria	17.412	15.089
Tasso Occupazione PL Degenza Ordinaria	87,9%	82,7%
VALORE Degenza Ordinaria	5.246.182	4.777.535
DRG Medio Degenza Ordinaria	3.411,04	4.001,29
Degenza media DO	11,32	12,64
Numero ricoveri	1.538	1.194
VALORE ricoveri	5.246.182	4.777.535

I dati quantitativi evidenziano la sostanziale diminuzione di attività derivante dall'effetto congiunto del trasferimento a Merate dell'attività di pneumologia per acuti con l'assestamento indispensabile per l'entrata a regime del percorso e dalla ridotta attività del reparto di riabilitazione a Merate per la difficoltà di reclutamento del personale risolta solo alla fine dell'esercizio a seguito dell'approvazione del piano assunzioni da parte della Regione Marche.

Attività ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale

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

Per quanto riguarda le attività ambulatoriali le successive tabelle evidenziano:

- un incremento dei livelli di attività in termini quantitativi nel Presidio di Ancona con corrispondente incremento in termini di valore. Anche in questo caso il dato complessivo di Presidio è in realtà il frutto algebrico di più variazioni anche se la tendenza generalizzata è verso un incremento, seppur con variazioni diverse. Tra i principali incrementi si osservano quelli in ambito della Diagnostica per Immagini e in, misura minore, della Nutrizione clinica e della Diabetologia.

POR di Ancona		
Indicatori di produttività - Attività di ricovero ed Ambulatoriale	Anno 2018	Anno 2019
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo
N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI ESTERNE	586.605	596.714
VALORE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	11.205.444	11.669.079

- una ripresa quantitativa ed economica al Presidio di Fermo dovuto ad un incremento nell'ambito geriatrico e soprattutto della diagnostica per immagini;

POR di Fermo		
Indicatori di produttività - Attività di ricovero ed Ambulatoriale	Anno 2018	Anno 2019
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo
N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI ESTERNE	32.293	36.648
VALORE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	857.128	1.004.031

- l'attività di Osimo vede un incremento di attività di una certa rilevanza quantitativa e anche in termini di valore diffuso in tutte le uu.oo. anche se particolare rilevanza va attribuita agli incrementi della diagnostica per immagini e della sala endoscopica.

POR di Osimo		
Indicatori di produttività - Attività di ricovero ed Ambulatoriale	Anno 2018	Anno 2019
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo
N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI ESTERNE	264.560	270.543
VALORE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	3.122.589	3.427.953

- Un incremento dell'attività residenziale erogata presso il Presidio di Treia dovuto alla stabilizzazione della dotazione di personale socio assistenziale.

RSR - TREIA		
Indicatori di produttività - Attività Residenziale ed Ambulatoriale	Anno 2018	Anno 2019
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo
POSTI LETTO Degenza Ordinaria	16,95	16,95
Numero Ricoveri Degenza Ordinaria	148	171
GG Degenza Ordinaria	5.409	6.234
Tasso Occupazione PL Degenza Ordinaria	64%	74%
VALORE Degenza Ordinaria	933.918	1.076.362
DRG Medio Degenza Ordinaria	6.310,26	6.294,51
Degenza media DO	36,55	36,46
Numero ricoveri		
VALORE ricoveri	933.918	1.076.362
N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI ESTERNE	5.215	5.044
VALORE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	43.035	41.805

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

Residenza Dorica		
Indicatori di produttività - Attività Residenziale	Anno 2018	Anno 2019
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo
gg degenza erogate	9.857	9.927
Valore produzione erogata	1.429.265	1.439.415
Centro Diurno Alzheimer		
Indicatori di produttività - Attività Ambulatoriale	Anno 2018	Anno 2019
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo
gg degenza erogate	2.480,00	2.612,00
Valore produzione erogata	143.840	151.496

Per quanto riguarda l'attività ambulatoriale rappresentata nella tabella precedente si osserva come la stessa sia in fortissimo incremento quantitativo e in misura minore a livello valoriale perché il recupero è concentrato nell'ambito dell'attività di laboratorio di analisi che ha usufruito della "serrata" dei laboratori privati dell'area cosentina.

Por di Cosenza		
Indicatori di produttività - Attività di ricovero ed Ambulatoriale	Anno 2018	Anno 2019
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo
N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI ESTERNE	81.305	180.658
VALORE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	537.926	855.781

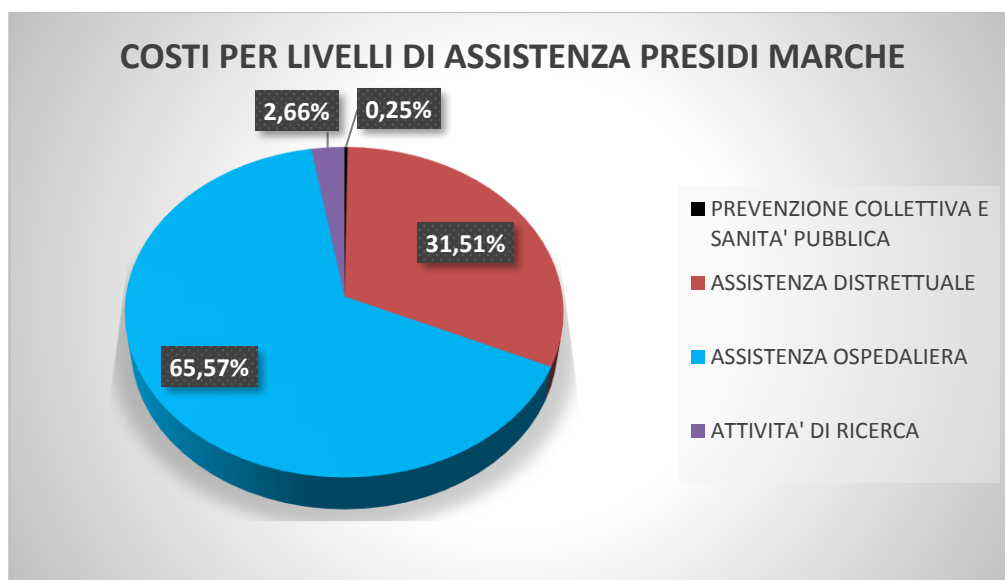
La tabella "certifica" il leggero incremento dell'attività ambulatoriale Presidio di Casatenovo sia a livello quantitativo che valoriale. In particolare si osserva l'aumento delle prestazioni erogate dal laboratorio di analisi essenzialmente a favore di strutture residenziali del territorio di riferimento.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

Por di Casatenovo		
Indicatori di produttività - Attività di ricovero ed Ambulatoriale	Anno 2018	Anno 2019
Descrizione	Consuntivo	Consuntivo
N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI ESTERNE	215.551	233.001
VALORE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	1.764.883	1.829.490

Di seguito si rappresenta l'assorbimento di risorse per le 3 dimensioni regionali secondo il Livello di Assistenza.

PRESIDI MARCHE

PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA	Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	€ 213.827	€ 213.827
ASSISTENZA DISTRETTUALE	Assistenza farmaceutica	€ 309.438	€ 27.142.533
	Assistenza specialistica ambulatoriale	€ 22.518.670	
	Assistenza sociosanitaria semi-residenziale	€ 591.334	
	Assistenza sociosanitaria residenziale	€ 3.723.091	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	Attività di Pronto soccorso	€ 7.341.600	€ 56.478.343
	Assistenza ospedaliera per acuti	€ 41.026.354	
	Assistenza ospedaliera per lungodegenti	€ 3.266.475	
	Assistenza ospedaliera per riabilitazione	€ 4.262.672	
	Trasporto sanitario assistito	€ 581.241	
ATTIVITA' DI RICERCA	Attività di ricerca	€ 2.293.987	€ 2.293.987
TOTALE GENERALE			€ 86.128.689

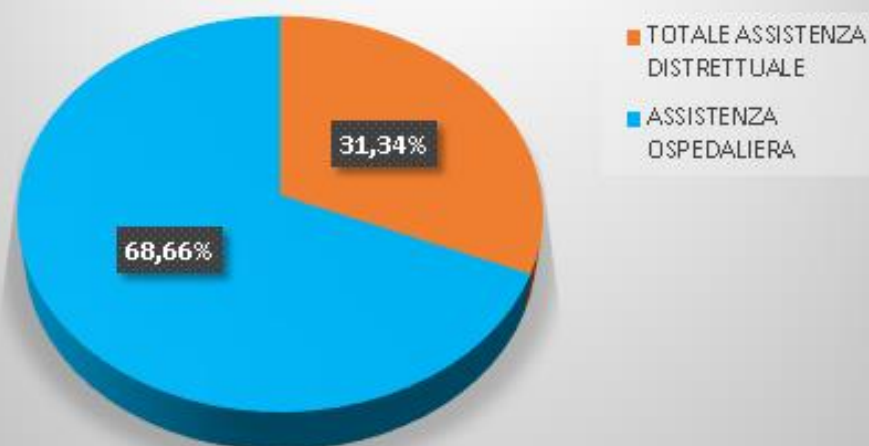


16

PRESIDI LOMBARDIA

TOTALE ASSISTENZA DISTRETTUALE	Assistenza farmaceutica	€ 187.912	€ 2.666.589
	Assistenza specialistica ambulatoriale	€ 2.478.677	
ASSISTENZA OSPEDALIERA	Assistenza ospedaliera per acuti	€ 3.208.527	€ 5.840.967
	Assistenza ospedaliera per riabilitazione	€ 2.626.471	
	Trasporto sanitario assistito	€ 5.969	
TOTALE GENERALE			€ 8.507.556

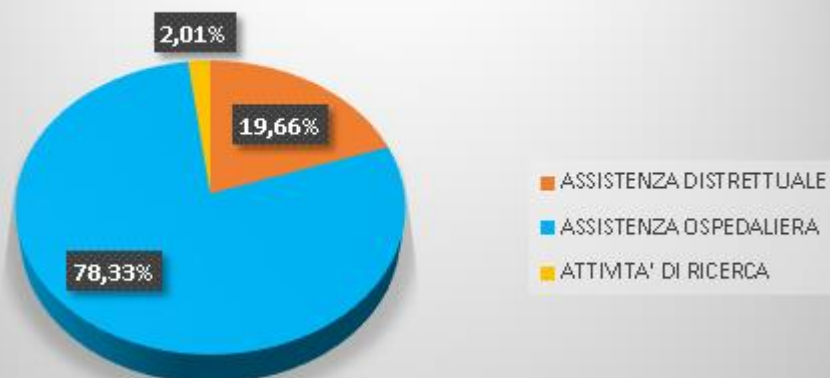
COSTI PER LIVELLI DI ASSISTENZA PRESIDIO LOMBARDIA



PRESIDI CALABRIA

ASSISTENZA DISTRETTUALE	Assistenza specialistica ambulatoriale	€ 1.585.420	€ 1.585.420
ASSISTENZA OSPEDALIERA	Assistenza ospedaliera per acuti	€ 4.251.404	€ 6.315.535
	Assistenza ospedaliera per riabilitazione	€ 2.064.131	
ATTIVITA' DI RICERCA	Attività di ricerca	€ 161.695	€ 161.695
TOTALE GENERALE			€ 8.062.650

COSTI PER LIVELLI DI ASSISTENZA PRESIDIO CALABRIA



Attività di ricerca

Nel corso dell'esercizio 2019 il programma di ricerca è proseguito sulla base della declinazione degli obiettivi prioritari della ricerca condotta nell'Istituto sull'invecchiamento attivo, continuando in particolare

ad enfatizzare, nelle quattro linee di ricerca, la traslazonalità della ricerca tra scienze sociali e mediche, tra ricerca biomedica e clinica nello studio dei processi di invecchiamento, delle patologie età-correlate e dei problemi e bisogni dell'anziano. Il programma ha incluso il regolare proseguimento di 45 progetti nelle quattro linee di ricerca, con la partecipazione delle diverse professionalità dell'Istituto.

Questa progettualità ha dato luogo nel corso del 2019 ad un rilevante progresso nella produzione scientifica, particolarmente in termini di qualità, di impatto scientifico e di rispetto dei criteri di valutazione adottati dal Ministero della Salute per la ripartizione dei finanziamenti tra gli IRCCS. Ci si riferisce in particolare alla riorganizzazione globale della policy per la produzione scientifica – in termini di articoli e pubblicazioni diverse – implementando una continua selezione e verifica dell'attinenza delle diverse tematiche studiate e della loro rilevanza nell'ambito geriatrico-gerontologico e considerando il ruolo primario dei ricercatori afferenti all'Istituto. Si evidenziano di seguito i principali risultati per il 2019 – in riferimento anche al biennio precedente - per quanto riguarda il ruolo delle diverse linee di ricerca o le attività delle diverse sedi considerando il carattere di multiregionalità dell'IRCCS INRCA.

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

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

In questo ambito l'albero della performance dell'Istituto era sostanzialmente definito dal Consiglio Indirizzo e Verifica prevedeva i seguenti percorsi strategici

1. Alta specializzazione nella gestione di multimorbilità associata a politerapia e studio delle basi biologiche dell'invecchiamento e delle malattie età-associate
2. Organizzazione dell'assistenza attraverso modelli innovativi ospedale-territorio con focus sulla fragilità/disabilità
3. Organizzazione dell'assistenza attraverso modelli innovativi "tecnoassistiti"
4. Promozione e sviluppo di imprenditoria orientata alla longevità
5. Sviluppo di modelli occupazionali dopo i 60 anni

Inoltre si erano posti in senso di unicità aziendale lo sviluppo:

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

Sempre in ambito di piano della performance erano stati poi declinati una serie di obiettivi strategici ed operativi con riferimento all'ambito scientifico, sanitario ed amministrativo.

Rispetto a questi ultimi si rappresentano di seguito le performance aziendali in ambito scientifico, clinico assistenziale e per i processi interni di supporto.

Ambito scientifico

Il 2019 ha visto una riduzione del numero di articoli scientifici pubblicati e del relativo Impact Factor Ministeriale (IFM o IF normalizzato secondo i criteri ministeriali, riconosciuto come criterio di valutazione dal Ministero della Salute), con una produzione pari a 360,17 punti, a fronte di un valore pari a 507 nel 2018 e 465,50 nel 2017. Tale decremento è stato causato sicuramente da una maggiore focalizzazione sull'attività a progetto e sull'implementazione delle attività progettuali. Sono aumentate, invece, le citazioni ovvero diffusione e riconoscimento - che articoli e pubblicazioni dell'Istituto hanno ricevuto nel periodo di riferimento, passando da 6.512 citazioni nel 2018 a 7.439 nel 2019. L'articolazione dell'IF diviso per Linee di Ricerca è riportato nella tabella seguente:

LINEE DI RICERCA	2017		2018		2019	
	N°articoli	N°articoli	N°articoli	IFM	N°articoli	IFM
Linea di Ricerca 1	36	45	45	168,3	30	136,19
Linea di Ricerca 2	41	35	35	143,6	39	111,50
Linea di Ricerca 3	23	27	27	88,6	18	44,45

Linea di Ricerca 4	19	15	15	65	18	68,03
--------------------	----	----	----	----	----	-------

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	2017	2018	2019
SEDE DI ANCONA	442,50	489,01	349,87
POR DI FERMO	15,40	11,00	17
POR DI CASATENOV	3,60	6,8	3
POR DI COSENZA	50,00	75,8	57,5

20

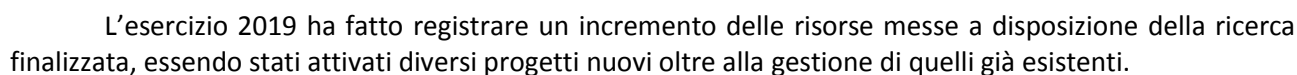
IFM PER DIPARTIMENTO			
	2017	2018	2019
POST ACUZIE CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA – AN	60,60	46,20	94,80
GERIATRICO AD INDIRIZZO MEDICO – AN	212,40	170,34	132,13
GERIATRICO AD INDIRIZZO CHIRURGICO – AN	91,00	155,66	97,55
SERVIZI, LABORATORI CLINICI E DI RICERCA – AN	98,50	112,40	64,99
GERIATRICO RIABILITATIVO AD INDIRIZZO CARDIO-CEREBRO VASCOLARE – FERMO	15,40	11,00	17
GERIATRICO RIABILITATIVO AD INDIRIZZO PNEUMOLOGICO – CASATENOV	3,60	6,8	3
GERIATRICO RIABILITATIVO AD INDIRIZZO CARDIOVASCOLARE – COSENZA	50,00	75,8	57,5

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 Etico dell'INRCA, istituito nel giugno 2017.

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

INDICATORI GLOBALI	2016	2017	2018	2019
N° nuovi studi avviati	7	6	7	9
N° Studi Attivi	31	33	40	42
N° pazienti arruolati	1708	1968	930	1464

21



Si riportano di seguito i nuovi progetti avviati nel 2019, per ordine di avvio cronologico.

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

I progetti più rilevanti tra quelli avviati nel 2019 risultano essere:

- ⇒ I-KASCADE
- ⇒ COORDINAMENTO NAZIONALE POLITICHE PER L'INVECCHIAMENTO
- ⇒ STRENGHT
- ⇒ SAVE
- ⇒ GED-UP
- ⇒ RESILIEN-T
- ⇒ SI-ROBOTICS
- ⇒ AGE-WELL
- ⇒ IRMA

Nel progetto **I-KASCADE** la prescrizione a cascata è l'espressione utilizzata per indicare quando un medico interpreta in modo erraneo gli effetti collaterali di un farmaco, considerandoli espressione di una nuova condizione morbosa e di conseguenza prescrive un secondo farmaco, potenzialmente non necessario e dannoso. D'altra parte anche il paziente può commettere questo errore e quando compare un effetto collaterale decidere di assumere un farmaco da banco. Identificare e interrompere la prescrizione a cascata rappresenta una strategia importante per promuovere la salute degli anziani. Gli eventi avversi sono in genere più comuni nelle donne. Per sviluppare interventi efficaci, è necessario definire quali sono i principali farmaci coinvolti nella prescrizione a cascata e valutare se le differenze di sesso e genere influenzino lo sviluppo e la gestione della cascata di prescrizioni.

In questo progetto un team interdisciplinare di esperti lavorerà su questa condizione finora sottostimata, con un focus sul ruolo del sesso e del genere mediante analisi dei dati sanitari provenienti da cinque paesi (Belgio, Canada, Irlanda, Israele e Italia). In particolare, si valuterà se le donne e gli uomini sviluppano la cascata di prescrizioni allo stesso modo, e se ci sono differenze nella manifestazione degli eventi avversi derivanti dalla cascata- prescrittiva. I setting sottoposti a valutazione saranno quello ospedaliero, quello delle residenze per anziani e la comunità. Si utilizzeranno dati amministrativi e clinici di anziani per calcolare i tassi di prevalenza stratificati per sesso di alcune cascate prescrittive mediante la collaborazione con i partner di progetto. Verrà effettuata una lista delle prescrizioni a cascata utilizzando i quattro principi guida dei criteri STOPP/START. Si intervisteranno i prescrittori, i pazienti e i caregiver al fine di esplorare come i ruoli di genere socialmente costruiti (sia del paziente che del prescrittore) contribuiscono all'esperienza, alla presentazione e alla gestione delle prescrizioni a cascata. Il progetto svilupperà prodotti di rilevanza nazionale ed internazionale volti a promuovere la riduzione globale dei danni relativi all'assunzione dei farmaci. Il progetto considererà l'importanza del sesso e del genere nella farmacologia geriatrica e nella ricerca geriatrica.

Attraverso un accordo di collaborazione tra il Dipartimento delle Politiche per la Famiglia (DIPOFAM) presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri e l'IRCCS-INRCA, è in corso un progetto **COORDINAMENTO NAZIONALE POLITICHE PER L'INVECCHIAMENTO** (2019-2022) volto a creare un coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche per l'invecchiamento attivo (IA) (<http://invecchiamentoattivo.gov.it>). Il progetto è stato lanciato il 24 giugno 2019 con una riunione a Roma, alla quale hanno partecipato circa 50 rappresentanti di Ministeri, Regioni, Province Autonome, enti non-profit e di ricerca.

Sono previste 5 fasi di attività: 1) analisi dello stato dell'arte in materia di politiche per l'IA adottate da Ministeri, Regioni e Province Autonome; 2) elaborazione di linee guida per supportare il policy making per l'IA; 3) individuazione di possibili aree di intervento per sviluppare le politiche per l'IA; 4) implementazione delle politiche individuate nella fase precedente; 5) monitoraggio. Dopo circa un anno dall'avvio del progetto, si sta concludendo l'analisi dello stato dell'arte, attraverso lo studio desk da parte del team di ricerca di norme e politiche in materia di IA e l'approfondimento della loro concreta attuazione con referenti e dirigenti di Ministeri, Regioni e Province Autonome, avvenuto tramite interviste, focus group e visite sul campo. Entro l'estate sarà pubblicato un rapporto nazionale comparato, da mettere a disposizione degli stakeholder e per

informare le successive fasi del progetto. Nello sviluppo delle stesse, si dedicherà una particolare attenzione alle conseguenze dell'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da Covid-19, che richiedono con ancora maggiore urgenza politiche nazionali innovative e coordinate per supportare l'IA e le persone anziane.

Il disegno dello studio relativo al progetto **STRENGTH** è di tipo prospettico, randomizzato, di intervento, per la valutazione dell'effetto di un trattamento multidimensionale in un gruppo di soggetti con disturbo cognitivo lieve (MCI). È previsto l'arruolamento di 300 soggetti di età uguale o superiore a 60 anni. L'ipotesi progettuale si basa sul concetto che l'intervento multimodale proposto possa migliorare alcune funzioni cognitive, gli aspetti funzionali e la qualità della vita, con un impatto positivo nei riguardi della prevenzione dell'insorgenza della demenza nei soggetti con MCI. Il Gruppo sperimentale effettua un intervento di tipo multidimensionale, eseguito dal team di ricerca composto da operatori con specifica competenza in merito agli obiettivi dello studio (psicologi, medici, istruttori di tango adattato, musicoterapista). Il programma ha una durata di circa 6 mesi per ogni soggetto ed è composto da sessioni di circa 180 minuti, una volta alla settimana. La multidimensionalità dell'intervento proposto prevede che vengano svolte sessioni di attività fisica (Tangoterapia con il Tango adattato) e sessioni di training di stimolazione cognitiva e musicoterapia. Il Gruppo di controllo esegue invece, per un periodo di 6 mesi, degli incontri di psico-educazione in gruppi, finalizzati alla prevenzione dei fattori di rischio che possano portare alla demenza e altre patologie.

Il progetto **SAVE** vuole rispondere ai bisogni di persone anziane che soffrono di malattie croniche legate all'età, lievi problemi o disabilità cognitive. In questo tipo di utenti vengono spesso osservate difficoltà di memoria e/o di mobilità. Prevenendo tali problemi, SAVE ha l'obiettivo di evitare l'esclusione sociale dell'individuo dalla sua cerchia allargata migliorare la sua vita, ottimizzare l'utilizzo delle risorse utilizzate per l'assistenza e preservare il più possibile l'ambiente familiare in cui l'utente finale può esercitare la propria autonomia e autogestione.

Il progetto SAVE mira a plasmare i suoi servizi su una profonda conoscenza delle esigenze effettive e delle aree di opportunità correlate. A questo proposito, il coinvolgimento dell'utente finale e delle parti interessate è una risorsa chiave, nelle sessioni di co-creazione e co-design, nei test, nella validazione e nell'implementazione in 3 siti pilota, in Romania, Ungheria e Italia.

Gli anziani sono una popolazione in costante aumento nei sovraffollati Pronto Soccorso (PS) di tutto il mondo. L'attuale modello di cura in emergenza-urgenza, orientato alla singola patologia ed episodico, non risponde adeguatamente ai loro complessi bisogni, per cui gli anziani hanno maggiori probabilità di essere ricoverati in ospedale o, in caso di dimissione, di andare incontro ad eventi avversi (es. ritorno in PS, ospedalizzazione, declino funzionale e morte). Lo studio **GED-UP** valuterà se un PS Geriatrico specializzato (GED) possa ridurre i tassi di ospedalizzazione e di riammissione, la durata della degenza ospedaliera e migliorare i risultati a breve e medio termine per gli anziani in fase acuta di malattia rispetto al modello di PS tradizionale (TED). GED-UP studierà anche la potenziale economicità del modello, utilizzando una prospettiva del Sistema Sanitario Nazionale, informando così i responsabili delle politiche nazionali e regionali sull'opportunità di aumentare o diminuire gli investimenti su tale modello assistenziale (GED).

I soggetti con Mild Cognitive Impairment (MCI) presentano un lieve deterioramento delle loro capacità cognitive, maggiore di quello che ci si aspetta in quella fascia di età senza che questo abbia un impatto significativo nell'abilità di eseguire le attività della vita quotidiana. Il progetto **RESILIEN-T** intende sviluppare uno strumento ICT efficace nel supportare le capacità di auto monitoraggio e di self-management di questi soggetti attraverso un'attività di coaching per aiutarli a mantenere un elevato livello di qualità della vita.

L'app Resilien-t aiuta le persone con MCI a mantenere uno stile di vita sano ed attivo, grazie al supporto nutrizionale, alla promozione dell'attività fisica, dell'esercizio cognitivo ed al supporto alle relazioni sociali. In questo modo si aiutano le persone con MCI a sfruttare le loro competenze residue.

La soluzione Resilien-T è progettata con un approccio aperto per consentire l'integrazione dei sistemi di coaching e di automonitoraggio con altri dispositivi indossabili o sistemi di monitoraggio dello stile di vita. La progettazione di RESILIEN-T sarà condotta con metodologie di user centered design con il forte

coinvolgimento degli utenti destinatari della soluzione. La soluzione Resilien-T sarà poi testata con un field trial nei quattro paesi che partecipano al progetto (Italia, Svizzera, Olanda e Canada)

Il progetto **SI-ROBOTICS** si pone l'obiettivo di ideare e sviluppare nuove soluzioni nell'ambito delle tecnologie robotiche assistive, per supportare le persone nello svolgimento di servizi di assistenza sanitaria mantenendo con un comportamento sociale accettabile per gli utenti.

L'obiettivo scientifico della proposta SI-ROBOTICS è quello di ideare e implementare soluzioni tecnologiche, facilmente adattabili, per aiutare gli anziani nelle attività quotidiane e per valutare il progresso del loro declino fisico e cognitivo (fragilità, demenza, lieve deterioramento cognitivo). Questo consente di identificare specifiche sfide per la diagnosi precoce, la valutazione oggettiva, il controllo della terapia e la riabilitazione. Saranno quindi introdotti concetti e soluzioni innovative di robotica in cui utenti, dispositivi IoT, robot sociali dotati di Intelligenza ed ambienti intelligenti collaboreranno a creare una sorta di "agente cognitivo" per anticipare i bisogni dell'utente e fornire assistenza, monitoraggio e soluzioni di coaching.

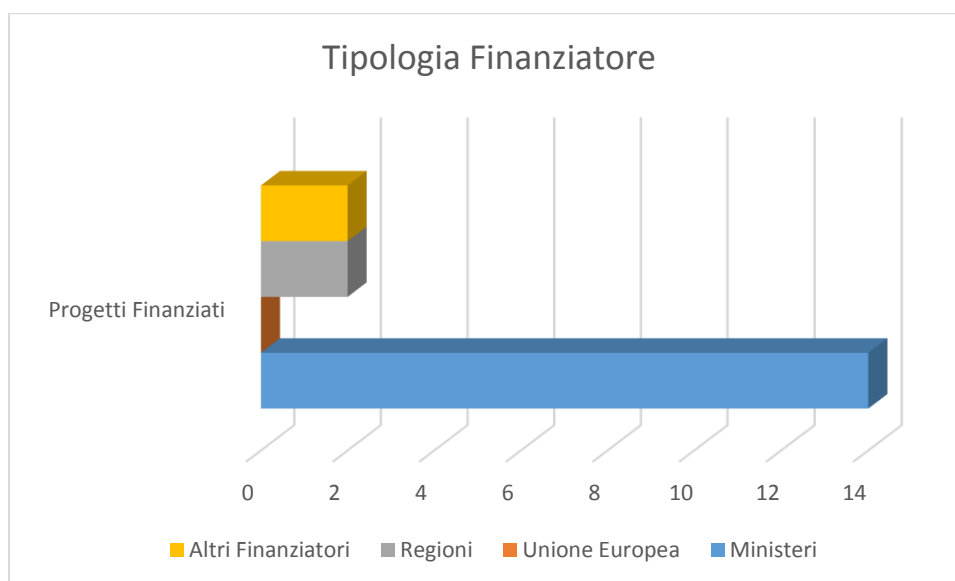
AgeWell è un progetto di 3 anni (1 febbraio 2019-31 gennaio 2021) finanziato dal programma AAL.

Il progetto vuole realizzare un virtual coach ai lavoratori che si trovano in procinto del pensionamento o che ci sono già andati da poco tempo, per supportarli in questo momento di passaggio, utilizzando tecniche che favoriscano la salute fisica e psicologica e strategie motivanti ad un corretto stile di vita.

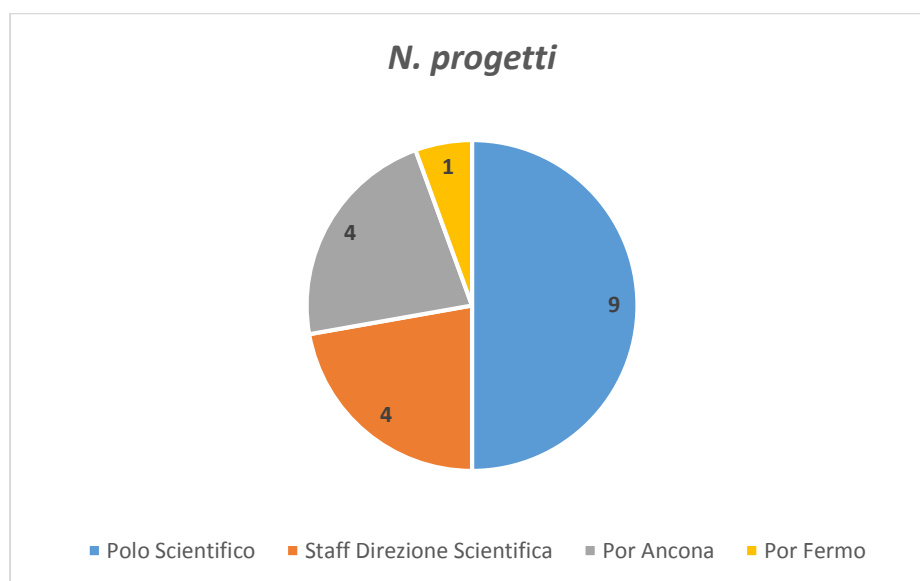
Il virtual coach sarà fruibile su smartphone e veicolato da un avatar. Esso vuole contribuire al mantenimento della salute psico-fisica degli utilizzatori e ad ottenere/aumentare la percezione di soddisfazione per la propria vita. AgeWell aiuta sia lavoratori che datori di lavoro in modo cross-generazionale attraverso il supporto di tecnologie sociali.

A partire dalle attività di ricerca svolta nel precedente biennio dalla rete IRCCS AGING nell'ambito del progetto **IRMA** "Rete IRCCS: Roadmap della ricerca su invecchiamento e malattie età-correlate", l'attuale proposta si prefigge di sviluppare alcune tematiche prioritarie individuate nella Roadmap, valorizzando il patrimonio di banche dati e biologiche già disponibile all'interno della rete. Da tale attività ci si attende una migliore definizione delle caratteristiche fenotipiche della popolazione anziana, in termini di pattern di multimorbilità, profili di polifarmacoterapia e relativa appropriatezza, condizioni di fragilità. In aggiunta, verrà eseguito uno studio pilota di un sistema di tecnoassistenza con l'obiettivo di validare il modello proposto in correlazione con le caratteristiche della popolazione di riferimento. Questo quadro generale, che mette a disposizione modelli di fragilità, sarcopenia ed invecchiamento in generale, viene integrato da uno studio mirato all'identificazione e alla caratterizzazione preclinica di nuovi composti chimici a potenziare attività senolitica che potrebbero essere forieri di progressi terapeutici nelle condizioni indicate. Tale patrimonio di conoscenza consentirà di elaborare degli interventi sempre più personalizzati sui pazienti anziani complessi, che afferiscono agli IRCCS, conciliando gli aspetti relativi all'invecchiamento con le peculiarità delle discipline specialistiche che si ritrovano all'interno della rete.

In termini di valore economico si rileva una netta prevalenza dei finanziamenti ministeriali che hanno assegnato fondi relativi a progetti di ricerca sviluppati in ambito Europeo.

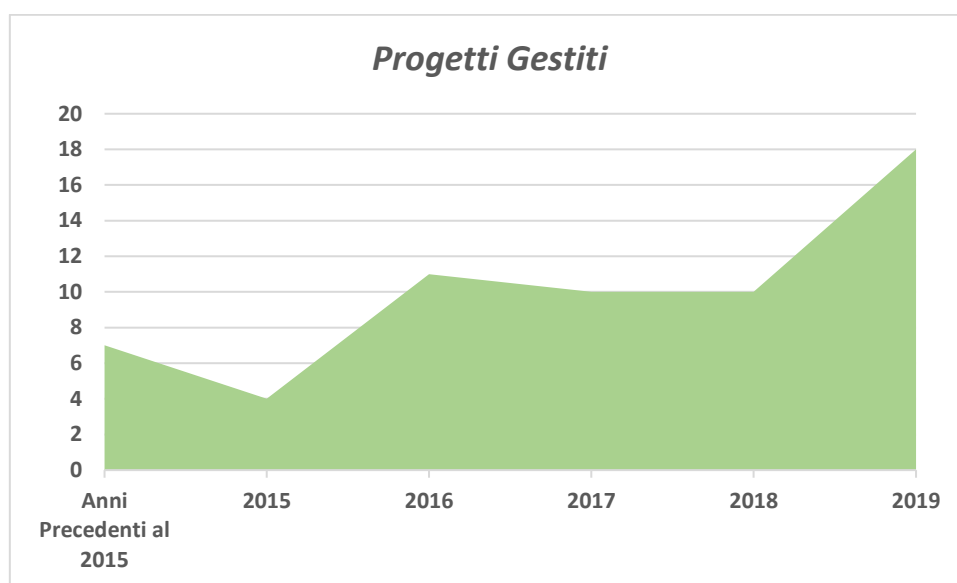


Analizzando la capacità di attrarre risorse dei diversi Presidi Inrca, si evidenzia un maggior fundraising dello Staff della Direzione Scientifica, seguita dal POR Ancona e dal Polo Scientifico Tecnologico. Nel corso del 2019 è stato finanziato un solo progetto per il POR di Fermo, mentre non sono stati vinti progetti dai POR di Cosenza e Casatenovo.



Nel corso del 2019, sono state gestite amministrativamente e contabilmente 60 commesse di ricerca finalizzata relative agli anni 2019 e precedenti, di cui:

Anno	Progetti Gestiti
Anni Precedenti al 2015	7
2015	4
2016	11
2017	10
2018	10
2019	18
TOTALE	60



Infine, sono stati gestiti e/o rendicontati 4 progetti in conto capitale, finanziati dal Ministero della Salute per l'acquisizione di attrezzature:

ANNO	NOME PROGETTO	IMPORTO
2012	Cat. -PUB- Istituzione di una rete collaborativa traslazionale intraregionale per la diagnosi precoce nella popolazione anziana delle neoplasie cutanee in fase iniziale con l'utilizzo del microscopio laser confocale; l'integrazione riguarderà sia centri specialistici ospedalieri che universitari, nonché gli specialisti del territorio ed i MMG, attraverso percorsi diagnosticoterapeutici. - Ref. - CC 2012-DGRSBV n. 6163 del 18/10/12 / Conto Capitale	310.000,00 €
2014/2015	Cat. A -PUB- Aggiornamento ed integrazione della piattaforma tecnologica per l'analisi genetica delle patologie dell'invecchiamento presso l'IRCCS INRCA - Ref. - Procedura Fondi 2014-2015 - IRCCS - DGRIC n. 3423 del 22/09/2015 / Conto Capitale	179.238,00 €
2014/2015	Cat. -PUB- Progetto BioGer. Creazione di una BioBanca INRCA per la diagnosi, la ricerca e l'assistenza in ambito geriatrico - Ref. - Procedura Fondi 2015 - IRCCS - DGRIC n. 5151 del 25/11/2016 / Conto Capitale	189.490,40 €
2016/2017	Cat. A -PUB- YOUSE - Creazione di un Laboratorio per lo studio dell'usabilità di tecnologie innovative per l'assistenza alla popolazione geriatrica - Ref. - CC 2016-2017-DGRIC N. 5070 12/06/2017 / Conto Capitale	260.970,16 €

Ambito clinico assistenziale

La programmazione aziendale è stata avviata con l'approvazione della Determina n. 21/2019.

L'approvazione degli obiettivi sanitari degli Enti del SSR della Regione Marche per l'anno 2019 è avvenuta con DGR n. 415 del 08/04/2019; tali obiettivi erano stati oggetto di specifica pesatura con la precedente DGRM n. 414 del 08/04/2019, ai fini della valutazione dei risultati conseguiti dalle Direzioni Generali degli Enti del SSR.

Di seguito, si rappresentano le schede riassuntive degli obiettivi sanitari dell'area dei servizi ospedalieri, territoriali e della prevenzione, con l'evidenziazione degli indicatori, i valori attesi ed i risultati raggiunti dall'Amministrazione nel suo complesso, tenuto conto laddove necessario delle tolleranze previste sia dal valore atteso che, dai criteri della DGRM 414/2019, la quale prevede tolleranza del 10% per gli indicatori vincolanti e del 5% per i non vincolanti.

Criteri 2019 (DGR 414/2019)	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target INRCA	RISULTATO in valore assoluto	RISULTATO Percentuale rispetto al Target assegnato
OBIETTIVI SANITARI								
ASSISTENZA DISTRETTUALE / TERRITORIALE, INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA								
25	OTTIMIZZAZIONE OFFERTA AMBULATORIALE	File C (NSG)	Questionario LEA: garanzia del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni: - visita oculistica, ortopedica, cardiologica; - mammografia; - TAC torace; - ecocolordoppler tronchi sovraaortici; - ecografia ostetrico ginecologica; - RMN colonna vertebrale.	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B	Numero totale di prestazioni per classe di priorità B	>90%	Numero prestazioni nei tempi previsti classe di priorità B 7.835 Numero totale prestazioni classe di priorità B 8.690	90,16%
26				Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	>90%	Numero prestazioni nei tempi previsti classe di priorità D 7.480 Numero totale prestazioni classe di priorità D 10.357	74,22%
27		File C	Garanzia del rispetto dei Tempi di Attesa per le altre prime visite ed esami strumentali monitorizzate dal PNGLA	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B (10gg)	Numero totale di prestazioni per classe di priorità B	>90%	Numero prestazioni nei tempi previsti classe di priorità B 819 Numero totale prestazioni classe di priorità B 890	92,02%
28				Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D (30 gg visite; 60 gg prestazioni strumentali)	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	>90%	Numero prestazioni nei tempi previsti classe di priorità D 1.048 Numero totale prestazioni classe di priorità D 1.503	69,73%
30		Rilevazione ad hoc	Disponibilità di slot dedicati per le prestazioni successive a tutte le visite specialistiche comprese tra le 43 prestazioni oggetto di monitoraggio PNGLA, per la presa in carico di pazienti cronici sottoposti a follow-up	Produzione reportistica da inviare alla P.F. Territorio e Integrazione Ospedale-Territorio attestante la disponibilità di slot per la presa in carico nel 100% delle strutture eroganti per Az/AV		Pubblicazione dell'indicatore sul sito web aziendale con aggiornamento costante	Dato pubblicato sul sito	100%

Con riferimento agli obiettivi dell'area dell'assistenza distrettuale / territoriale, integrazione ospedale-territorio e integrazione sociosanitaria si osserva come non siano stati completamente raggiunti l'obiettivo 26 (74,22% su 90%, pertanto grado di raggiungimento pari all'82,47%) e l'obiettivo 28 (69,73% su 90%, pertanto grado di raggiungimento pari al 77,48%) mentre sono stati pienamente raggiunti gli obiettivi 25, 27 e 30.

Rispetto a quanto sopra si segnala che l'INRCA nel 2018 ha incorporato il Presidio di Osimo con relativo trasferimento del personale dipendente anche se inferiore alla dotazione di pianta organica del medesimo Presidio. Tutto ciò ha amplificato le difficoltà di reperimento delle risorse umane e nello specifico tale evento ha avuto ricadute importanti, tra le altre cose, sulla Diagnostica per Immagini di Ancona il cui personale medico ha dovuto sopperire alle nuove e ulteriori necessità venutesi a creare dovendo garantire anche l'attività (anche di guardia e pronta disponibilità) della sede di Osimo, oltretutto sede di Pronto soccorso. Ciò ha

comportato una dotazione effettiva media di personale medico inferiore alla dotazione necessaria a garantire il pieno e totale funzionamento dell'esercizio. Peraltro si è cercato di attivare anche strumenti ulteriori (prestazioni aggiuntive, fondo Balduzzi) per i quali c'è stata una risposta positiva da parte del personale medico e non positiva da parte del Comparto impendendo di fatto un recupero più cospicuo delle attività.

Sempre nel 2019 la sofferenza di carenze di organico nelle varie sedi INRCA Marche hanno caratterizzato anche le UUOO di Neurologia, Chirurgia vascolare, Gastroenterologia, Pneumologia e Cardiologia.

In una simile situazione ci si è trovati costretti a privilegiare la garanzia del rispetto dei tempi delle classi di priorità B piuttosto che il rispetto dei tempi delle classi di priorità D, fermo restando che comunque il grado di raggiungimento degli obiettivi raggiunti parzialmente è comunque ben superiore al 75% di quanto richiesto.

Criteri 2019 (DGR 414/2019)	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target INRCA	RISULTATO in valore assoluto	RISULTATO Percentuale rispetto al Target assegnato
OBIETTIVI SANITARI								
ASSISTENZA OSPEDALIERA, EMERGENZA URGENZA								
31	INCREMENTO PRODUZIONE E CONTRASTO MOBILITA' PASSIVA	Flusso SDO	Potenziamento prestazioni relative a specifiche attività	(N° interventi e prestazioni ambulatoriali ortopediche anno 2019) - (N° interventi e prestazioni ambulatoriali ortopediche anno 2018)	(N° interventi e prestazioni ambulatoriali ortopediche anno 2018)	≥ 2018 [Tolleranza 10%]	ANNO 2019 dal 01/01/19 al 31/12/2019 N° 315 interventi ortopedici + N° 3984 Prestazioni ambulatoriali ortopediche ANNO 2018: N° 359 interventi ortopedici + N° 3590 Prestazioni ambulatoriali ortopediche Obiettivo raggiunto 8,86 %	8,86%
33	Pronto Soccorso	Flusso EMUR/118	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	Pazienti in PS con codice giallo (al triage) visitati entro 30 minuti	Pazienti in PS con codice giallo (al triage)	> 2018	PPi: - anno 2018 totale codici gialli 2453. Di questi i visitati entro 30' sono stati 1686 (68%) - anno 2019 totale codici gialli 2437. Di questi i visitati entro 30' sono stati 1792 (73,53%) PS OSIMO: - anno 2018 (ultimo quadrimestre) 79% - anno 2019 totale codici gialli 2179. Di questi i visitati entro 30' sono stati 1874 (86%)	100%
37	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG) [Vincolante]	Riduzione % n. ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti	N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti 2019 - N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti 2018	N. Ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti 2018	≤ 2018	ANCONA Anno 2019 ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti n. 3 - Anno 2018 ricoveri in DH diagnostici per pazienti residenti n. 6 OSIMO Anno 2019 nessun ricovero in DH diagnostico per residenti	-50,00%
38	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG) [Vincolante]	Riduzione % n. accessi in DH medico per pazienti residenti	N. Accessi in DH medico per pazienti residenti 2019 - N. Accessi in DH medico per pazienti residenti 2018	N. Accessi in DH medico per pazienti residenti 2018	- 4% [Tolleranza 20%]	ANNO 2019 tot. Accessi Ancona e Osimo per residenti n. 447 ANNO 2018 Tot. Accessi Ancona e Osimo per residenti n.518	-13,71%

Criteri 2019 (DGR 414/2019)	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target INRCA	RISULTATO in valore assoluto	RISULTATO Percentuale rispetto al Target assegnato
OBIETTIVI SANITARI								
39	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (NSG; Patto per la Salute 2010-2012; DM 12/01/17) [Vincolante]	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	≤ 0,12	Totale ricoveri ordinari potenzialmente inappropriati n.429 Totale ricoveri ordinari non potenzialmente inappropriati n. 6484	Valore assoluto 0,07
40	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO; File C (Patto per la Salute 2010-2012; DM 12/01/17)	Rapporto tra prestazioni dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di day surgery (DGR 709/2014) e totale prestazioni trasferibili in regime ambulatoriale	Prestazioni dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di day surgery (DGR 709/2014)	Prestazioni dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di day surgery + Prestazioni già trasferite in regime ambulatoriale (DGR 709/2014)	< 2018	ANNO 2019 : Percentuale raggiunta 50,26% Prestazioni dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di day surgery n.385 Prestazioni dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di day surgery + Prestazioni già trasferite in regime ambulatoriale n. 766 ANNO 2018 : Percentuale raggiunta 46,92% Prestazioni dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di day surgery n.389 Prestazioni dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di day surgery + Prestazioni già trasferite in regime ambulatoriale n. 829	3,34%
43	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012)	% Ricoveri in DH medico diagnostici/ricoveri in DH medico	Ricoveri in DH medico diagnostici	Ricoveri in DH medico	≤ 6%	Anno 2019 n.5 ricoveri in DH medico diagnostici su n. 274 ricoveri in DH medico	1,82%
44	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012)	% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza)	N. dimissioni con DRG chirurgico in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza)	N. complessivo di dimissioni in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza)	≥ 2018 [Tolleranza 5%]	Anno 2019 %25,37 Anno 2018 % 26,49	scostamento tra 2019 e 2018 pari al 4,4%, dentro la tolleranza del 5%
45	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012)	% DRG Medici da reparti chirurgici	Dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Dimessi da reparti chirurgici	< 2018	Anno 2019 n.398 dimessi da reparti chirurgici con DRG medici su n. 2901 dimessi totali 13,72 % Anno 2018 n. 466 dimessi da reparti chirurgici con DRG medici su n.3160 dimessi totali 14,75%	-1,03%
46	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012)	% Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici ≥ 65 anni	-5%	Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni n.141 Ricoveri medici ≥ 65 anni n. 5.378	2,58%
47	Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	Flusso SDO (Patto per la Salute 2010-2012)	Degenza media pre-operatoria	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici	Dimessi con interventi chirurgici	-10% [Tolleranza 20%]	Anno 2019 degenza media pre-operatoria interventi chirurgici è di 1,23 Anno 2018 degenza media pre-operatoria interventi chirurgici è di 1,15	100%

Per quanto concerne gli obiettivi di area ospedaliera relativi all'area di miglioramento della qualità clinica, appropriatezza ed efficienza si segnala che sono stati raggiunti secondo le modalità indicate nella colonna "Risultato in valore assoluto" gli obiettivi numero 31, 33, 37, 38, 39, 43, 44, 45, 46. Per quanto riguarda l'obiettivo 47 lo stesso è stato raggiunto tenendo conto della tolleranza prevista (20%) rispetto al target che era - 10% rispetto al 2018. In effetti la degenza media del 2018 era pari a 1,15 che doveva scendere del -10% (1,035) ma con una tolleranza del 20% (1,24). Pertanto con il risultato di 1,23 l'obiettivo è pienamente raggiunto. Non è stato invece raggiunto l'obiettivo 40 relativo, sostanzialmente, al trasferimento in regime ambulatoriale, di prestazioni altrimenti erogate in day surgery. L'obiettivo prevedeva il rapporto tra le prestazioni in day surgery ad alto rischio di appropriatezza e la somma di queste prestazioni con le prestazioni già trasferite in regime ambulatoriale. In realtà, come si evince dai numeri, il numeratore tra il 2018 e il 2019 è rimasto sostanzialmente identico (389 casi nel 2018 contro 385 nel 2019) mentre nel 2019 è diminuito il denominatore per la riduzione nell'erogazione delle prestazioni già trasferite in ambito ambulatoriale. Su questo indicatore incidono 2 dinamiche differenti che spiegano il risultato. Da una parte il mantenimento del numeratore testimonia l'estrema difficoltà nel riuscire ad effettuare questi "trasferimenti" di setting assistenziale in considerazione della particolare target di riferimento dell'Istituto, popolazione anziana ultrasessantacinquenne, per sua natura rigida e poco incline a soluzioni più flessibili e con la necessità di mantenere elevati gradi di sicurezza sanitaria, superiori alla media generale. Fermo restando questo "zoccolo duro" difficilmente comprimibile la diminuzione del denominatore deriva invece dalla ridotta capacità operativa dell'area chirurgica che nell'anno 2018 ha dovuto affrontare carenze di personale che solo nel 2020 stanno trovando adeguata soluzione.

Criteri 2019 (DGR 414/2019)	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target INRCA	RISULTATO in valore assoluto	RISULTATO Percentuale rispetto al Target assegnato
	OBIETTIVI SANITARI							
	ASSISTENZA OSPEDALIERA, EMERGENZA URGENZA							
48	"Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG) [Vincolante]	% pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Pazienti con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria <3 giorni	Totale pazienti sottoposti a colecistectomia laparoscopica	> 2018	ANNO 2019: percentuale raggiunta 85,26% Pazienti con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria <3 giorni n.81 Totale pazienti sottoposti a colecistectomia laparoscopica n.95 ANNO 2018: percentuale raggiunta 69,66% Pazienti con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria <3 giorni n.62 Totale pazienti sottoposti a colecistectomia laparoscopica n.89	100%
51	"Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15)	% di IMA trattati con PTCA entro 2 gg	Numero di ricoveri di IMA con PTCA eseguita entro 2 giorni	Numero totale di ricoveri per IMA	> 2018	Le PTCA nei pazienti con IMA non vengono eseguite internamente ma vengono effettuate in regime di cessione di servizio presso l'AO Riuniti di Ancona che detta i tempi di esecuzione che non risultano negoziabili. Per questo motivo l'obiettivo non è valutabile, né d'altra parte è pensabile di non eseguire questa procedura nei pazienti ricoverati presso il nostro Istituto.	non valutabile
54	"Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15	Flusso SDO (DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	Mortalità a 30 gg dai ricoveri di Ictus Ischemico	N° ricoveri con dia. princ. ictus ischemico in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data ricovero	N° ricoveri con dia. princ. ictus ischemico	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento	OBIETTIVO VALUTABILE SOLO DOPO L'USCITA DEI DATI DEL PNE	non valutabile

Criteri 2019 (DGR 414/2019)	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target INRCA	RISULTATO in valore assoluto	RISULTATO Percentuale rispetto al Target assegnato
OBIETTIVI SANITARI								
ASSISTENZA OSPEDALIERA, EMERGENZA URGENZA								
55	"Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15	Flusso SDO (DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	Mortalità a 30 gg dia ricoveri per BPCO riacutizzata	N° ricoveri indice per BPCO riacutizzata in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data ricovero	N° ricoveri indice per BPCO riacutizzata	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento	OBIETTIVO VALUTABILE SOLO DOPO L'USCITA DEI DATI DEL PNE	non valutabile
56	"Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15)	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche eseguite in U.O. con volumi di attività > 100 interventi annui (Tolleranza del 10% sul valore soglia)	Numero ricoveri per colecistectomia laparoscopica in reparti con volumi di attività > 100 casi annui (Tolleranza del 10% sul valore soglia)	Numero totale ricoveri per colecistectomie laparoscopiche	> 2018	Anno 2019 colecistectomie laparoscopiche n.94 Anno 2018 colecistectomie laparoscopiche n.89 Obt da considerarsi raggiunto vista la tolleranza anche se eseguito su 2 stabilimenti (Ancona e Osimo) in quanto l'UO è unica e integrata e i professionisti lavorano su entrambe	100%
57	"Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15	Flusso SDO (DM 70/2015, DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15, NSG)	Proporzione di interventi per tumore della mammella eseguiti in U.O. con volumi di attività > 150 interventi annui (Tolleranza del 10% sul valore soglia)	Numero di ricoveri per intervento tumore mammella in reparti con volume di attività > 150 casi annui (Tolleranza del 10% sul valore soglia)	Numero totale ricoveri per interventi per tumore mammella	> 2018		non valutabile
59	"Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15	Flusso SDO (DM 21/06/16 - "Piani" di cui art.1, c.528, L.208/15)	Int. TM colon: mortalità a 30 gg	N° ricoveri con int. di asportazione TM colon, in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data intervento	N° ricoveri con int. di asportazione TM colon	≤ del valore maggiore del range riferito allo specifico standard ex DM 21/06/16 raggiunto nel 2018 per ciascun stabilimento	OBIETTIVO VALUTABILE SOLO DOPO L'USCITA DEI DATI DEL PNE	non valutabile

Come si evince dalla tabella soprastante 51, 54, 55, 57 e 59 si ritengono non valutabili mentre l'obiettivo 48 è stato pienamente raggiunto e l'obiettivo 56 si ritiene debba considerarsi raggiunto poiché l'UO chirurgica è unica e integrata tra Osimo e Ancona con la dirigenza medica che opera in regime integrato e la ratio dell'obiettivo (volumi minimi per reparto) presuppone la necessità di fissare degli standard minimi per Presidio non considerando ovviamente eccezioni come quella appena rappresentata.

Con riferimento agli obiettivi non valutabili si osserva che per la valutazione degli obiettivi 54, 55 e 59 la non valutabilità dipende dalla mancata uscita dei dati PNE 2019, indispensabili al calcolo degli indicatori; la non valutabilità dell'obiettivo 51 deriva dal fatto che le PTCA nei pazienti con IMA non vengono eseguite internamente ma vengono effettuate in regime di cessione di servizio presso l'AO Riuniti di Ancona che detta i tempi di esecuzione che non risultano negoziabili. Per questo motivo l'obiettivo non è valutabile, né d'altra parte è pensabile di non eseguire questa procedura nei pazienti ricoverati presso il nostro Istituto. Infine, l'obiettivo 57 è da considerarsi non valutabile in quanto l'Inrca non svolge attività di interventi per tumore della mammella.

Criteri 2019 (DGR 414/2019)	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target INRCA	RISULTATO in valore assoluto	RISULTATO Percentuale rispetto al Target assegnato
OBIETTIVI SANITARI								
FARMACEUTICA								
62	Rispetto del tetto di spesa farmaceutica per acquisti diretti (Tetto 6,89% FSN)	Report monitoraggio spesa farmaceutica AIFA; Modello CE	Riduzione spesa farmaceutica per acquisti diretti anno 2019 (Modello CE: B.1.A.1.1 + B.15.A)	Spesa farmaceutica per acquisti diretti anno 2019 (Modello CE: B.1.A.1.1 + B.15.A)		-2% rispetto alla spesa dell'anno 2018	il dato da bilancio 2018 è pari a 2.513.483 considerando fornitura Asur da Osimo e variazione rimanenze. Il dato di bilancio 2019 con gli stessi parametri è pari a 2.128.647	(-15,8%)
64	Rispetto del tetto della spesa DM (4,4% FSN da lettera b) art. 9-ter Decreto Legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125)	Modello CE	Valori economici rendicontati nel modello CE (B.1.A.3) 2019	Valori economici rendicontati nel modello CE (B.1.A.3) 2019		< 2018	il dato da bilancio 2018 è pari a 6.195.764 considerando fornitura Asur da Osimo e variazione rimanenze. Il dato di bilancio 2019 con gli stessi parametri è pari a 5.634.065	561.699
65	Rispetto della compilazione Registri AIFA [Vincolante]	Registri AIFA (Piattaforma SAS)	% dispensazioni farmaci registri AIFA su totale richieste farmaci registri AIFA	N° dispensazioni farmaci registri AIFA	N° totale richieste farmaci registri AIFA	100%	100%	100%
66		Registri AIFA (Piattaforma SAS)	% trattamenti chiusi su trattamenti che non ricevono una richiesta farmaco da più di 6 mesi	N° trattamenti chiusi (compilazione scheda fine trattamento)	N° trattamenti che non ricevono una richiesta farmaco da più di 6 mesi	90% [Tolleranza 20%]	Sono stati chiusi 2 trattamenti rispetto a 3 pazienti che non ricevono richieste farmaci da 6 mesi	OBT PARZIALMENTE RAGGIUNTO
67	Riduzione consumo antibiotici per pazienti residenti, in distribuzione diretta, per conto e convenzionata	(NSG) (Per ASUR: Flusso farmacie convenzionate, File F) (Per AAOO e INRCA: File H)	Variazione % DDD antibiotici per pazienti residenti	(N° DDD (ATC J01) anno 2019) - (N° DDD (ATC J01) anno 2018)	(N° DDD (ATC J01) anno 2018)	-4% [Tolleranza 20%]	il sistema gestionale Navision non permette il calcolo su base DDD, il dato non è quindi elaborabile. In ogni caso l'obiettivo si presume raggiunto poiché le quantità di antibiotici consumate nel 2019 sono inferiori a quelle del 2018	100%
69	Allestimento di Bevacizumab intravitale	Rilevazione ad hoc	% Unità posologiche Bevacizumav intravitale su totale unità posologiche Bevacizumav intravitale e altri farmaci (lucentis, macugen e eylea) per pazienti "naive"	Unità posologiche Bevacizumav intravitale per pazienti "naive"	Unità posologiche Bevacizumav intravitale e altri farmaci (lucentis, macugen e eylea) per pazienti "naive"	≥ 90%	L'Istituto non utilizza i farmaci citati dall'obt	non valutabile
70			% Unità posologiche Bevacizumav intravitale su totale unità posologiche Bevacizumav intravitale e altri farmaci (lucentis, macugen e eylea) per pazienti non "naive"	Unità posologiche Bevacizumav intravitale per pazienti non "naive"	Unità posologiche Bevacizumav intravitale e altri farmaci (lucentis, macugen e eylea) per pazienti non "naive"	≥ 46%	L'Istituto non utilizza i farmaci citati dall'obt	non valutabile

Per l'area farmaceutica sono stati raggiunti gli obiettivi 62, 64, 65 e 67 (quest'ultimo tenendo conto delle unità di misura elementari piuttosto che delle DDD non gestite dal gestionale aziendale, ma che comunque rappresentano una proxy adeguata per definirne il raggiungimento) mentre l'obiettivo 66 è stato parzialmente raggiunto in quanto sono stati chiusi solo 2 trattamenti su 3 per pazienti che non ricevono farmaci da più di 6 mesi. Infine gli obiettivi 69 e 70 non sono valutabili in quanto fanno riferimento a farmaci che non sono utilizzati dall'Istituto nelle sue attività.

Ambito processi interni di supporto

Nel corso del 2019 e nel triennio successivo l'azione della Direzione è volta da una parte al consolidamento del percorso di deleghe verso i livelli dirigenziali attraverso i quali si è inteso rafforzare il principio di separazione tra funzioni di programmazione - indirizzo - controllo e funzioni di gestione, al fine di garantire il decentramento operativo e gestionale, in applicazione della normativa vigente e dall'altra parte allo sviluppo dei processi di integrazione dei servizi amministrativi, tecnici e logistici a supporto delle aree produttive clinico assistenziali e di ricerca, ancor di più in considerazione dei nuovi scenari di riferimento (Osimo e Merate). È in questa logica che si sono inseriti gli obiettivi specifici 2019 i cui riferimenti specifici erano:

- a) Il rispetto dei tempi di realizzazione e applicazione di detta programmazione oltre che a migliorarne i contenuti.
- b) il presidio dei rapporti con il Collegio Sindacale;
- c) il miglioramento dei percorsi amministrativi nell'ambito del supporto all'attività di ricerca;
- d) la revisione dei regolamenti di Istituto da aggiornare in base all'evoluzione della normativa vigente;
- e) il presidio nell'applicazione dei contratti al Ccnl del Comparto, Contratto Precari della Ricerca, Ccnl Dirigenza Medica, Sanitaria e Pta;
- f) il presidio e/o recupero dei tempi di conferimento degli incarichi dirigenziali.
- g) la riorganizzazione delle attività di competenza delle Direzioni Amministrative di Presidio finalizzate al decentramento, a livello di dipartimento e via web, delle operazioni di accettazione e pagamento delle prestazioni sanitarie;
- h) il consolidamento della gestione delle attività pervenute a seguito della acquisizione del ramo di azienda relativo al presidio di Osimo con particolare attenzione alla sottoscrizione della convenzione con l'Asur;
- i) l'attento monitoraggio dei costi di parte corrente e di parte c/capitale alla luce sia dell'evento di cui al punto h) sia degli importanti impegni contrattuali di ogni tipo assunti nel corso dell'esercizio 2018 che hanno un impatto economico di trascinamento sul 2019;
- j) Completamento del percorso di modifica dell'atto aziendale;
- k) Definizione del percorso di superamento della fase di forte appesantimento che grava sull'Istituto rispetto ad un patrimonio immobiliare consistente, con valorizzazione e garanzia di una gestione di maggiore efficienza;
- l) Sviluppo di un progetto per la riorganizzazione dei magazzini economici e farmaceutici rispetto alle criticità evidenziate nel 2018 a seguito dei rilievi effettuati dalle autorità e organi competenti;
- m) Messa a regime del nuovo software di area sanitaria;
- n) Nell'ambito della trasparenza, incentivazione dell'azione di impulso e vigilanza da parte dei dirigenti degli uffici interessati, per garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto degli adempimenti previsti dal D. Lgs. n.33/2013;

Di seguito si rappresentano i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi regionali dell'area dei processi di supporto, mentre nei paragrafi successivi si darà conto del raggiungimento della performance organizzativa rispetto agli item sopra indicati, come declinati nelle singole schede di budget.

Criteri 2019 (DGR 414/2019)	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target INRCA	RISULTATO in valore assoluto	RISULTATO Percentuale rispetto al Target assegnato
OBIETTIVI SANITARI								
SISTEMA TESSERA SANITARIA, RICETTA ELETTRONICA, FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO								
71	Prescrizioni dematerializzate specialistiche (prodotte da MMG, PLS e specialisti) - Prescrizione [Vincolante]	Sistema TS	% ricette dematerializzate di specialista ambulatoriale	N° ricette di specialista dematerializzate prodotte (rilevate da SAC)	N° totale ricette di specialista prodotte (rilevate da comma 11)	≥ 65% (esclusi MMG/PLS e specialisti convenzionati)	dal 01/01/19 al 31/12/2019: DEMA prodotte rilevate da SAC n. 81957 - Totale ricette prodotte rilevate comma 11 n. 96919	84,56%
72	Prescrizioni dematerializzate per la farmaceutica convenzionata (prodotte da MMG, PLS e specialisti) [Vincolante]		% Ricette dematerializzate di farmaceutica convenzionata	N° Ricette dematerializzate di farmaceutica (rilevate da SAC)	N° totale ricette di farmaceutica prodotte (rilevate da comma 11)	≥ 65% (esclusi MMG/PLS e specialisti convenzionati)	dal 01/01/19 al 31/12/2019: DEMA prodotte rilevate da SAC n. 16462 - Totale ricette prodotte rilevate comma 11 n. 26089	OBT RAGGIUNTO AL 97,1% (grado di raggiungimento pari al 63,1% rispetto al target del 65%)
73	Prescrizioni dematerializzate specialistica (prodotte da MMG, PLS e specialisti) - Erogazione		% Ricette dematerializzate di specialista trasmesse a SOGEI che non risultano essere state prese in carico dalla struttura erogatrice	N° ricette dematerializzate di specialista trasmesse via comma 11 a SOGEI che risultano 'libere' (non prese in carico e non erogate)	N° totale ricette dematerializzate di specialista trasmesse a SOGEI via comma 11	< 10%	dal 01/01/2019 AL 31/12/2019: N° 59 DEMA specialistica trasmesse via comma 11 a SOGEI che risultano 'libere' - N° 125580 DEMA specialistica trasmesse a SOGEI via comma 11	0,05%
74	Costituzione nucleo minimo FSE	Rilevazione ad hoc	Produzione di verbali di pronto soccorso conformi al formato CDA2 di HL7 Italia	Numero verbali di pronto soccorso conformi al formato CDA2 di HL7 Italia prodotti ed archiviati nel repository aziendale secondo le specifiche del FSE		> 5.000	non valutabile	non valutabile
75			Produzione di lettere di dimissione conformi al formato CDA2 di HL7 Italia	Numero di lettere di dimissione conformi al formato CDA2 di HL7 Italia prodotte ed archiviate nel repository aziendale secondo le specifiche del FSE		> 600	non valutabile	non valutabile
76			Produzione e trasmissione (metadati) dei referti di laboratorio al Sistema FSE	N.ro dei referti di laboratorio prodotti e trasmessi (metadati) al Sistema FSE	N.ro totale di referti di laboratorio prodotti nel 2019	90%	PERIODO 01/01/2019 - 31/12/2019 (ANCONA e OSIMO) Referti prodotti e trasmessi al FSE n.48310 - totale referti prodotti n.94817	50,95%
77	Diffusione del FSE	FSE	Incremento cittadini che hanno rilasciato consenso per FSE	Numero nuovi consensi FSE rilasciati		> 2.000	dichiarazione raggiungimento obiettivi regionali, integrazione nota prot.n.44702/2019 Alla data del 19 dicembre u.s. sono stati raccolti n. 2060 moduli cartacei "Consensi al trattamento dei dati personali e sensibili effettuati con il Fascicolo Sanitario Elettronico" (FSE), di cui 2036 consensi inseriti a sistema. Quanto sopra è riscontrabile mediante consultazione della suddetta documentazione cartacea, conservata agli atti dell'Ufficio URP	100%

Criteri 2019 (DGR 414/2019)	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target INRCA	RISULTATO in valore assoluto	RISULTATO Percentuale rispetto al Target assegnato
OBIETTIVI SANITARI								
79	Informatizzazione processo di gestione dei trasporti programmati		Ottimizzazione processo di richiesta, autorizzazione, erogazione del servizio di trasporto programmato	N.ro delle richieste informatizzate di trasporto programmato effettuate dai prescrittori con sistema SIRTE (anno 2019)	Totale delle richieste di trasporto programmato gestite (anno 2019)	> 25% [Tolleranza 20%]	I valori del numeratore e del denominatore non sono dati a nostra disposizione: Il numero delle richieste informatizzate è un dato a disposizione solo della Regione in quanto non abbiamo accesso al sistema regionale SIRTE, ne sono in nostra disposizione le richieste cartacee. Su richiesta (inviato sollecito con mail 11.12. u.s.), la Regione non ha ancora fornito un riscontro.	non valutabile
80	Continuità assistenziale		Richieste di dimissioni protette digitalizzate mediante Sistema informativo regionale per la rete del territorio (SIRTE) (Da rendicontare tramite reportistica da inviare alla P.F. HTA e Tecnologie Biomediche entro 31/05/2020)	N. richieste di dimissioni protette informatizzate (mediante sistema informativo per la rete del territorio SIRTE nel 2019)	N. totale delle richieste di dimissioni protette nel 2019	> 90%	I valori del numeratore e del denominatore non sono dati a nostra disposizione: Il numero delle richieste informatizzate è un dato a disposizione solo della Regione in quanto non abbiamo accesso al sistema regionale SIRTE, ne sono in nostra disposizione le richieste cartacee. Su richiesta la Regione ci ha indicato che il n° richieste dimissioni protette informatizzate risulta essere pari a 386 per il periodo dal 01/01/2019 al 14/10/2019. Su richiesta per aggiornamento del numero al 30.11.2019, la Regione non ha ancora fornito un riscontro.	non valutabile

35

Per l'area del sistema sanitario, ricetta elettronica, fascicolo sanitario elettronico si osserva che gli obiettivi della dematerializzazione delle ricette è stato pienamente raggiunto per le prestazioni specialistiche mentre sono stati parzialmente raggiunti quelli relativi alla farmaceutica seppur molto vicino al raggiungimento (63,1% rispetto al 65%). Per questi 2 obiettivi si segnala il progressivo miglioramento delle attività rispetto agli anni precedenti a testimonianza che si è all'interno di un processo progressivo e graduale.

L'obiettivo 73 è stato pienamente raggiunto.

Gli obiettivi 74 e 75 risultano non valutabili come già comunicato con mail della dr.ssa Arzeni del 09.12.2019 all'ing. Conti della Regione Marche, quanto di seguito riportato: "Relativamente allo stato di avanzamento del processo di alimentazione del FSE, l'Inrca si trova impossibilitata ad oggi a riversare nel repository regionale referti di pronto soccorso e lettere di dimissione per aspetti a carico del fornitore regionale RTI GPI/Dedalus del Fse.

Dovendo entro il 2019, come da obiettivo regionale, alimentare lo stesso anche con referti di pronto soccorso e lettere di dimissione stante i ripetuti solleciti di riscontro al fornitore regionale sia da parte regionale che aziendale, stante l'attuale situazione per la quale non sono stati neanche conclusi i test e stante le tempistiche si riscontra l'impossibilità di effettuare l'alimentazione con i referti di pronto soccorso e le lettere di dimissione entro il 2019."

L'obiettivo 76 non è stato raggiunto poiché le attività in tale ambito si sono avviate in ritardo ed è stato impossibile recuperare quanto in precedenza.

L'obiettivo 77 è stato pienamente raggiunto.

L'obiettivo 79 si deve considerare non valutabile in quanto i valori del numeratore e del denominatore non sono dati a nostra disposizione: Il numero delle richieste informatizzate è un dato a disposizione solo della Regione in quanto non abbiamo accesso al sistema regionale SIRTE, ne sono in nostra disposizione le richieste cartacee. Su richiesta (inviato sollecito con mail 11.12. u.s.), la Regione non ha ancora fornito un riscontro.

L'obiettivo 80 si deve considerare non valutabile in quanto i valori del numeratore e del denominatore non sono dati a nostra disposizione: Il numero delle richieste informatizzate è un dato a disposizione solo della Regione in quanto non abbiamo accesso al sistema regionale SIRTE, ne sono in nostra disposizione le richieste cartacee. Su richiesta la Regione ci ha indicato che il n° richieste dimissioni protette informatizzate risulta essere pari a 386 per il periodo dal 01/01/2019 al 14/10/2019. Su richiesta per aggiornamento del numero al 30.11.2019, la Regione non ha ancora fornito un riscontro.

Criteri 2019 (DGR 414/2019)	Sub-obiettivi	Fonte	Indicatore	Numeratore	Denominatore	Target INRCA	RISULTATO in valore assoluto	RISULTATO Percentuale rispetto al Target assegnato
OBIETTIVI SANITARI								
RISORSE UMANE								
81	Adeguamento n° SOC / SOS previste (comprese strutture universitarie e di ricerca) agli standard della DGR 1219/2014	Conto Annuale	Riduzione n. SOC	(N. SOC al 31/12/2019) - (N. SOC al 31/12/2018)		-1	-1	100%
82		Conto Annuale	Riduzione n. SOS	(N. SOS al 31/12/2019) - (N. SOS al 31/12/2018)		-1	-1	100%
83	Riduzione Precariato [Vinculante]	Rilevazione ad hoc	Riduzione n. UE relative a contratti flessibili a TD	N. UE relative a contratti flessibili a TD anno 2019 - N. UE relative a contratti flessibili a TD anno 2018) / (N. UE relative a contratti flessibili a TD anno 2018) (Le stabilizzazioni ex DGR 770/2017 effettuate nel 2018 sono da intendersi come UE a TD)		- 2,5% rispetto al n. contratti 2018	Rilevazione interna aziendale. L'obiettivo di riduzione dei TD del 2,5% non è stato raggiunto. Le unità equivalenti sono infatti aumentate, passando da 91,18 del 2018 a 93,54 del 2019.	2,60%

36

Gli obiettivi 81 e 82 sono stati raggiunti come desumibile dalle determinate 253/2019 (Allegato 1 - diminuzione Struttura Operativa Complessa Piede diabetico) e 273/2019 (Allegato 2 - diminuzione Struttura Operativa Semplice Diagnostica di Osimo).

La riduzione del precariato non è stata completamente raggiunta poiché le difficoltà nel reclutamento del personale a tempo indeterminato hanno comportato l'esigenza di adottare temporaneamente soluzioni alternative a livello di TD al fine di garantire la continuità delle attività

6 I risultati raggiunti nella performance organizzativa

Il piano delle performance 2019 articolato come sopra ha poi trovato declinazione nell'ambito delle schede di budget dei diversi Centri di Responsabilità che è stato oggetto della DGEN 459/2019. Il raggiungimento delle performance previste nel piano 2019 è riscontrabile attraverso il livello di raggiungimento degli obiettivi come da processo di valutazione realizzato nel corso del 2019 e conclusosi con il percorso dell'Organismo Indipendente di Valutazione, ai cui verbali si rimanda. Si rimanda inoltre al paragrafo precedente "I risultati raggiunti a livello complessivo" nel quale sono stati indicati molti dei risultati raggiunti a livello di Istituto.

Senza scendere nelle singole articolazioni di budget, che si vedranno nelle schede in coda allegate (ALLEGATO 1), si può segnalare, in via generale, che le principali performance 2019 per l'Istituto si sono caratterizzate:

- nella positiva rivitalizzazione dell'area ricerca soprattutto nella logica della capacità competitiva dell'Istituto con l'ottenimento di una comunque importante quota di finanziamento esterni derivanti da ricerche finalizzate, stabilmente sopra il milione di €;
- nel rafforzamento dell'integrazione con il territorio da parte dell'Inrca con l'entrata a regime del percorso di incorporazione dell'Ospedale di Osimo, sia in termini sanitari, con la creazione di percorsi di collegamento tra le due realtà, che gestionali, tecnico - amministrativi;
- nel rafforzamento "sanitario" dell'Istituto attraverso il positivo raggiungimento di gran parte degli obiettivi regionali Marche;
- nel rafforzamento della vocazione geriatrica dell'Istituto anche attraverso l'introduzione di percorsi infermieristici specificatamente riguardanti la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza in ambito geriatrico (Ldd, cadute, contenzione, cateterismo vescicale);
- nel rafforzamento della vocazione di integrazione interaziendale attraverso la definizione di percorsi intraospedalieri tra il Presidio di Osimo e quello di Ancona;
- nel rafforzamento della vocazione innovativa dell'Istituto attraverso la prosecuzione del percorso di attuazione dell'informatizzazione della parte clinico assistenziale e infermieristico;
- nel rafforzamento nei diversi presidi aziendali di alcune attività qualificanti dell'istituto quali:
 - o la formazione dei caregivers dei pazienti con malattia di Alzheimer;
 - o il consolidamento del percorso di dimissioni protette per il paziente respiratorio fragile;
- nel consolidamento della qualificazione aziendale attraverso il positivo superamento del percorso di certificazione aziendale;

Sinteticamente su 66 Centri di Responsabilità con schede di Budget negoziate nel 2019 riguardanti l'area Dirigenza:

- 44 CdR hanno raggiunto il 100% degli obiettivi assegnati
- 22 CdR non hanno raggiunto il 100% degli obiettivi assegnati.

Dei 22 CdR che non hanno raggiunto gli obiettivi:

- 1 CdR hanno avuto una percentuale di raggiungimento degli obiettivi inferiore al 65%
- 2 CdR hanno avuto una percentuale di raggiungimento degli obiettivi tra il 65% e l'80%
- 6 CdR hanno avuto una percentuale di raggiungimento degli obiettivi tra l'80% e il 90%
- 13 CdR hanno avuto una percentuale di raggiungimento degli obiettivi tra il 90% e il 99%

Su 64 Centri di Responsabilità con schede di budget negoziate nel 2019 riguardanti l'area Comparto:

- 56 CdR hanno raggiunto il 100% degli obiettivi assegnati
- 8 CdR non hanno raggiunto il 100% degli obiettivi assegnati.

Degli 8 CdR che non hanno raggiunto gli obiettivi:

- 2 CdR hanno avuto una percentuale di raggiungimento degli obiettivi tra l'80% e il 90%
- 6 CdR hanno avuto una percentuale di raggiungimento degli obiettivi tra il 90% e il 99%

Sempre in ambito di performance organizzativa rientrano ulteriori progettualità, e cioè quelle relative alle Risorse Aggiuntive Regionali (quest'ultime esclusivamente per la Regione Lombardia in quanto finanziate specificatamente dalla stessa) e quelle relative ai progetti direzionali aziendali. Entrambe si caratterizzano per essere progettualità che interessano in maniera trasversale personale del comparto e della dirigenza di diverse unità operative e fanno riferimento a progetti altamente significativi per l'Istituto con risultati positivi.

7 I risultati raggiunti nella performance individuale

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

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

Le tabelle seguenti evidenziano i risultati raggiunti nel corso del 2019 dalla performance individuale.

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

Scheda di valutazione individuale anno 2019		TOTALE INRCA	
		num	%
DIRIGENTI	pari al 100%	176	67,4%
	tra 95% e 99,99%	71	27,2%
	tra 90% e 94,99%	11	4,2%
	< 90%	3	1,1%
	Numero schede	261	100,0%
COMPARTO	pari al 100%	876	92,1%
	tra 95% e 99,99%	49	5,2%
	tra 90% e 94,99%	15	1,6%
	< 90%	11	1,2%
	Numero schede	951	100,0%

Scheda di valutazione individuale anno 2019		Por Cosenza		Por Casatenovo		Presidi Marche	
		num	%	num	%	num	%
DIRIGENTI	pari al 100%	16	88,9%	12	85,7%	120	63,8%
	tra 95% e 99,99%	2	11,1%	1	7,1%	56	29,8%
	tra 90% e 94,99%		0,0%		0,0%	10	5,3%
	< 90%		0,0%	1	7,1%	2	1,1%
	Numero schede	18	100,0%	14	100,0%	188	100,0%
COMPARTO	pari al 100%	66	89,2%	76	86,4%	650	93,1%
	tra 95% e 99,99%	8	10,8%	4	4,5%	32	4,6%
	tra 90% e 94,99%		0,0%	7	8,0%	7	1,0%
	< 90%		0,0%	1	1,1%	9	1,3%
	Numero schede	74	100,0%	88	100,0%	698	100,0%

Scheda di valutazione individuale anno 2019		Area Amministrativa di supporto		Polo Scientifico	
		num	%	num	%
DIRIGENTI	pari al 100%	10	47,6%	18	90,0%
	tra 95% e 99,99%	10	47,6%	2	10,0%
	tra 90% e 94,99%	1	4,8%		0,0%
	< 90%		0,0%		0,0%
	Numero schede	21	100,0%	20	100,0%
COMPARTO	pari al 100%	78	91,8%	6	100,0%
	tra 95% e 99,99%	5	5,9%		0,0%
	tra 90% e 94,99%	1	1,2%		0,0%
	< 90%	1	1,2%		0,0%
	Numero schede	85	100,0%	6	100,0%

8 Risultati in materia di trasparenza amministrativa

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

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

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

L'attività di monitoraggio è svolta dal Responsabile per la Prevenzione e la Trasparenza (RPCT), con il supporto dei referenti e dei dirigenti delle strutture competenti alla pubblicazione dei dati.

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

In particolare anche per il 2019, nel PP sono espressamente dichiarati obiettivi strategici in materia di trasparenza ai quali si rinvia.

In tale ambito si riporta di seguito l'obiettivo di budget assegnato nel 2019 alla segreteria della Direzione Generale e Scientifica

OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO
Prevenzione della corruzione e trasparenza	Rispetto e assolvimento di tutte le attività previste dal piano della trasparenza ed anticorruzione (determina n. 20/DGEN del 31.01.2019) per la Segreteria della Direzione Scientifica e per la Segreteria del CIV	Aggiornamento e pubblicazione di tutte le informazioni richieste nel rispetto delle scadenze definite	Pubblicazione sul sito al link Amministrazione Trasparente

Inoltre nel 2019 è stata realizzata la seguente iniziativa formativa

Workshop: LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE NEL SETTORE DELLA SALUTE - Il ruolo del progettista e del direttore esecutore del contratto (DEC) - Casatenovo, 28 novembre 2019

Il workshop, destinato prioritariamente ai professionisti sanitari del presidio di Casatenovo, rientrava nel programma di formazione dall'Istituto avviato nel 2013 con lo scopo di divulgare in modo capillare i fondamenti della normativa cosiddetta "anticorruzione" e le azioni messe in campo per prevenire il manifestarsi di fenomeni corruttivi. In particolare è stato approfondito il tema del conflitto di interesse, con l'analisi di casistica ed esempi concreti.

Da segnalare, nell'ottica del miglioramento generale e della tracciabilità completa dei processi, del rafforzamento del sistema delle regole e della diffusione della cultura della trasparenza e prevenzione della corruzione, e regolamenti di cui l'Istituto si è dotato, il cui elenco completo è riportato all'allegato n.A.1.2 del PTPC 2020-2022. Nel 2019 sono stati approvati/aggiornati i seguenti regolamenti:

520	31/12/2019	INRCA	RISUM_DG_L	Direzione Generale	VARIE SEDI - APPROVAZIONE NUOVO REGOLAMENTO IN MATERIA DI ORARIO DI LAVORO PERSONALE DEL COMPARTO .	31/12/2019	-
497	19/12/2019	INRCA	RISUM_DG_L	Direzione Generale	ADOZIONE REGOLAMENTO D'ISTITUTO PER LA DISCIPLINA DELL'ESERCIZIO DELLA LIBERA PROFESSIONE INTRAMOENIA	19/12/2019	-
439	12/11/2019	INRCA	RISUM_DG_L	Direzione Generale	APPROVAZIONE REGOLAMENTO MOBILITA' INTERNA PERSONALE DEL COMPARTO.	12/11/2019	-
264	03/07/2019	INRCA	RISUM_DG_L	Direzione Generale	ADEGUAMENTO ALLE DISPOSIZIONI DI CUI D.LGS.75/2017, D.LGS. 118/2017 - CCNL COMPARTO 21/05/2018 REGOLAMENTO PROCEDIMENTI E SANZIONI DISCIPLINARI AREE DIRIGENZA MEDICO-VETERINARIA – S.P.T.A. E COMPARTO - NOMINA UPD.	03/07/2019	-
214	11/06/2019	INRCA	AFFGEN_DG_L	Direzione Generale	Approvazione “Regolamento aziendale per l'assegnazione e l'uso delle apparecchiature di telefonia mobile e delle relative utenze	11/06/2019	-

Sono inoltre stati attribuiti alle U.O. di supporto amministrativo (ATL) obiettivi finalizzati creazione e/o revisione dello “strumentario” nell’ottica del miglioramento generale e della tracciabilità completa dei processi, del rafforzamento del sistema delle regole e della diffusione della cultura della trasparenza e prevenzione della corruzione,

In particolare i seguenti obiettivi riconducibili al PTPC 2019-2021 approvato con determina n.20/2019 con riferimento all’Allegato n.4 – Mappatura dei processi maggiormente rilevanti ai fini della prevenzione della corruzione valutazione del rischio e definizione delle misure:

U.O.	Obiettivo	Collegamento con il PTPC 2019-2021	Risultato
Amministrazione Risorse Umane	Predisposizione Regolamento funzionale sperimentazioni cliniche	Allegato A.4.4	Vedi rendicontazione
Amministrazione Risorse Umane	Piano assunzioni	Allegato A.4.2	Vedi rendicontazione
Amministrazione Risorse Umane	Progetto Automatizzazione percorsi Ufficio Stipendi	Allegato A.4.2	Vedi rendicontazione
Affari Generali	Definizione procedura per l'attivazione di convenzioni	Allegato A.4.4	Vedi rendicontazione
Sistemi Informativi	Aggiornamento e completamento della descrizione dei principali processi e della mappa dei rischi per il sistema di certificazione	Allegato 4 – tutti i processi	Vedi rendicontazione
Acquisizione Beni e Servizi	Programmazione biennale 2020-2021 di forniture e servizi per gare di importo > 1 mil di e	Allegato A.4.1	Vedi rendicontazione
Acquisizione Beni e Servizi	Programmazione biennale sottosoglia e soprasoglia comunitaria anni 2020-2021	Allegato A.4.1	Vedi rendicontazione
Acquisizione Beni e Servizi	Programmazione degli acquisti in conto capitale di attrezzature sanitarie, economali, informatiche, software e arredi	Allegato A.4.1	Vedi rendicontazione

9 Pari opportunità e bilancio di genere

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

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

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

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

Nello specifico le linee di intervento comprendevano:

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

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

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

La determina relativa al Piano triennale, è consultabile al link <http://www.inrca.it/inrca/files/Pretorio/278dgen.pdf>

Relativamente all'attività 2019 riguarda sia il monitoraggio del benessere organizzativo all'interno dell'Istituto che le attività svolte dal CUG al fine di promuovere all'interno dell'Amministrazione i principi di parità, pari opportunità, benessere organizzativo e di contrasto alle discriminazioni e alle violenze morali e psicologiche che possono indurre al fenomeno del mobbing e della discriminazione.

Nell'anno 2019 il Comitato si è riunito due volte in modo formale ed alcune volte in via informale, per fare il punto sull'attività del CUG, sulla laboriosità di questo Comitato di poter avere una voce rilevante nell'interfaccia con la Direzione Strategica, come però avviene in tutte le Aziende Pubbliche.

In particolare, relativamente alle richieste presentate alla Direzione Strategica, il CUG ha riscontrato alcune criticità, sia in merito al Codice di condotta, sia alle Azioni previste nel Piano Triennale Azioni Positive.

In merito al Codice di Condotta lo stesso non è ancora adottato anche in considerazione del fatto che ad oggi non è ancora stato istituito il Consigliere di Fiducia, che doveva rappresentare la persona incaricata sia di fornire consulenza e assistenza alle lavoratrici e ai lavoratori oggetto di discriminazioni, molestie o mobbing, sia di avviare le procedure informali o formali adeguate alla risoluzione dei singoli casi.

In un successivo incontro con la Direzione è stato stabilito che il CUG, nella logica di sviluppare azioni opportune volte a promuovere un clima organizzativo idoneo ad assicurare la pari dignità e libertà delle persone all'interno dell'Istituto nonché partecipare attivamente alle iniziative di informazione e formazione promosse dall'Istituto sui temi del presente Codice, ha deciso di organizzare, una riunione successiva per il giorno 28 agosto, nella quale si è deciso di organizzare un'Indagine sul Clima interno e Benessere Organizzativo.

Un sottogruppo ha poi lavorato per definire:

- il questionario da sottoporre a tutti i dipendenti e collaboratori
- le modalità di raccolta dei questionari stessi
- le modalità comunicative ed informative per raggiungere tutti gli operatori

Nei mesi di settembre ed ottobre 2019 l'area grafica dell'Istituto ed il team Sistemi Informativi sono stati coinvolti per la predisposizione di una campagna informativa e dello sviluppo nel sito istituzionale della raccolta dei questionari in forma anonima.

Per poter raggiungere tutti, il CUG ha deciso di affiancare anche una raccolta questionari in formato cartaceo da raccogliere su apposite cassettoni inviate in tutte le sedi INRCA presenti in Italia.

Pertanto, in data 28 ottobre 2019 l'Istituto ha attivato la nuova indagine sul Benessere Organizzativo, al fine di conoscere l'opinione degli operatori (sia dipendenti che collaboratori) su alcuni aspetti riguardanti l'organizzazione e l'ambiente di lavoro, il rapporto con i colleghi e con i superiori.

L'indagine sul benessere organizzativo è durata esattamente un mese, ovvero da 28 ottobre al 28 novembre 2019, attraverso la compilazione del questionario in modalità anonima in formato online sulla home page del sito INRCA e sulla intranet dipendenti e, in alternativa, in formato cartaceo.

L'invito a partecipare è stato inviato diffuso mediante poster appesi all'interno dell'Istituto e inviato per E-mail a tutti i lavoratori insieme ad una lettera a firma del direttore generale e del direttore sanitario.



Indagine sul BENESSERE ORGANIZZATIVO 2019

A tutti i dipendenti e collaboratori dell'IRCCS INRCA

Il nostro Istituto intende realizzare una nuova indagine sul clima interno, per conoscere l'opinione degli operatori su alcuni aspetti riguardanti l'organizzazione e l'ambiente di lavoro, il rapporto con i colleghi e con i superiori, al fine di migliorare il benessere organizzativo all'interno dell'Istituto.

Lo strumento utilizzato per la rilevazione è un questionario anonimo rivolto a tutto il personale compilabile a propria scelta sia online che su formato cartaceo da inserire in apposite cassettoni, che saranno posizionate vicino allo smarcamento in tutti i presidi INRCA durante tutto il periodo della rilevazione.

A breve verranno indicate sull'home page dell'area intranet le istruzioni dettagliate per effettuare la compilazione del questionario in completa autonomia e nel rispetto dell'anonimato.

L'indagine si svolgerà dal **28 ottobre al 28 novembre 2019**.

L'organizzazione a livello aziendale è affidata alla Dr.ssa Tiziana Tregambe quale attuale Presidente del Comitato Unico di Garanzia (CUG), cui si può fare riferimento. Chi avesse bisogno di ulteriori informazioni/chiarimenti o di aiuto per la compilazione del questionario può inviare una richiesta alla e-mail: cug@inrca.it

La partecipazione è volontaria, ma per la buona riuscita dell'indagine la partecipazione di ogni singolo dipendente è importante. Le informazioni che verranno raccolte con il questionario saranno preziose come strumento preventivo per tarare interventi e rivedere priorità organizzative.

Ringraziando anticipatamente per la preziosa collaborazione, cordiali saluti.

Il Direttore Generale INRCA
Dott. Gianni De Gennaro

Il Direttore Sanitario INRCA
Dott. Alberto De Gennaro

A tale indagine hanno risposto 457 lavoratori, pari al 36,9% di tutti i dipendenti ed operatori a vario titolo INRCA. I dati complessivi raccolti tramite i questionari sul benessere organizzativo sono attualmente in corso di elaborazione. È possibile comunque anticipare alcuni dati sulla tipologia dei partecipanti. Dei 457 lavoratori che hanno aderito all'indagine, 307 erano uomini (67.2%) e 150 donne (32.8%). L'età dei lavoratori è descritta nella seguente tabella:

	Età	
	n	%
fino a 30 anni	35	7.7
da 31 a 45 anni	166	36.3
oltre i 45 anni	256	56.0

La maggior parte aveva almeno un figlio e faceva parte del personale del profilo delle professioni sanitarie:

	Figli	
	n	%
SI	311	68.1
NO	146	32.0

	Profilo professionale ricoperto	
	n	%
COMPARTO		
Personale Professioni Sanitarie	268	58.6
Personale Amministrativo	48	10.5
Personale Tecnico	42	9.2
Personale Ausiliario	8	1.8
DIRIGENZA		
Dirigenza Medica	43	9.4
Dirigenza Veterinaria	0	
Dirigenza Sanitaria	16	3.5
Dirigenza Amministrativa, Professionale e Tecnica	16	3.5
Altro	16	3.5

è importante rilevare che la parte quinta del questionario era dedicata proprio a rilevare il grado di conoscenza da parte del personale del Comitato Unico di Garanzia INRCA.

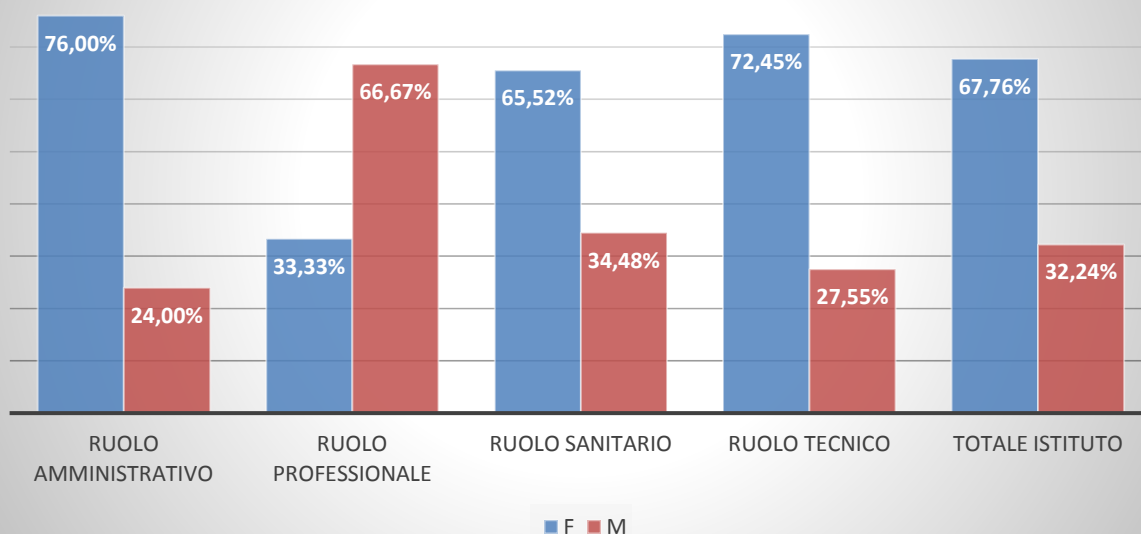
La tabella successiva descrive le risposte date dal personale sul CUG:

	E' a conoscenza dell'esistenza del C.U.G. ?		Vorrebbe essere maggiormente informato ?		Ritiene che nell'organizzazione ci siano persone discriminate sulla base del genere di appartenenza ?		Ritiene che ci siano persone discriminate sulla base dell'etnia e/o razza ?	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	154	33.7	332	72.6	73	16.0	21	4.6
No	288	63.0	43	9.4	283	61.9	363	79.4
Non So	0	0.0	67	14.7	86	18.8	58	12.7
non risponde	15	3.3	15	3.3	15	3.3	15	3.3

I risultati hanno messo in evidenza che solo il 33,7% del personale era a conoscenza dell'esistenza del CUG all'interno dell'Istituto. Tuttavia il 72,6% si è dimostrato interessato e ha dichiarato di voler essere maggiormente informato sulle sue attività. Pertanto, rilevata la necessità e l'interesse, saranno molto importanti in futuro ulteriori attività informative e formative del personale da parte del CUG.

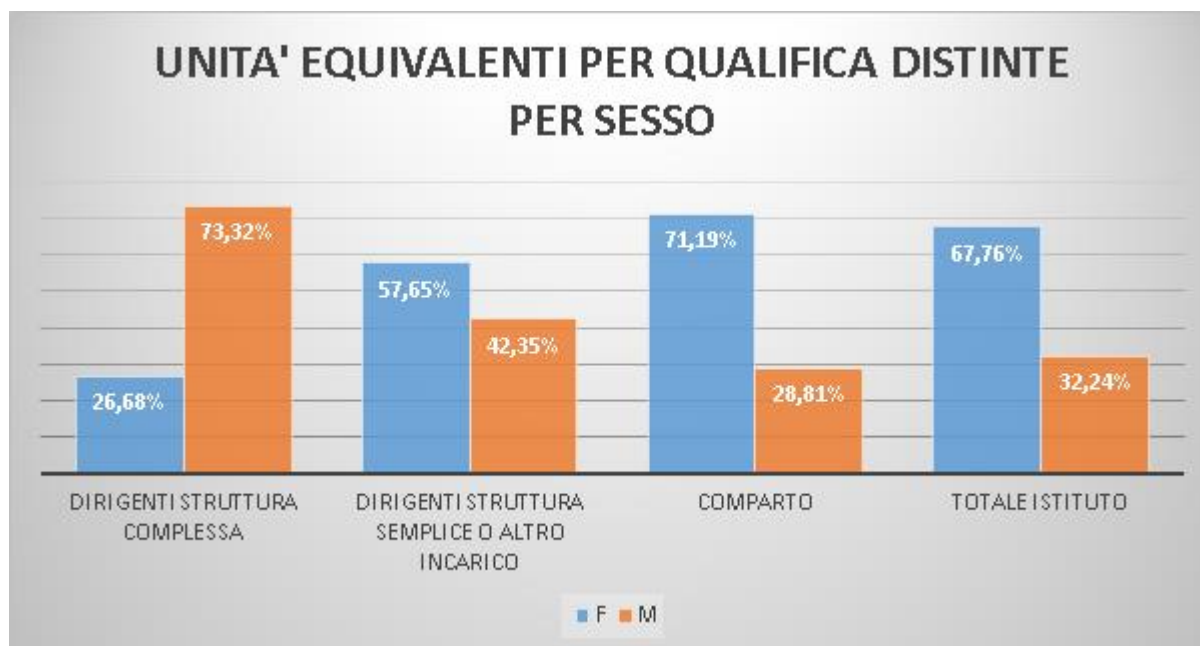
Relativamente all'occupazione, nell'Inrca prevalgono le dipendenti donne pari al 67,76%, con una proporzione che si mantiene sostanzialmente simile in tutti i ruoli ad esclusione del ruolo professionale che però ha numeri assoluti molto bassi.

UNITA' EQUIVALENTI PER RUOLO DISTINTO PER SESSO



UNITA' EQUIVALENTI PER RUOLO	F	M
Ruolo Amministrativo	82,73	26,12
Ruolo Professionale	1,00	2,00
Ruolo Sanitario	532,56	280,26
Ruolo Tecnico	159,27	60,57

Di seguito si dà la rappresentazione degli stessi numeri con un'altra angolatura



Si evidenzia come la proporzione di genere nell'ambito della struttura complessa è sostanzialmente inversa a quella media aziendale vista precedentemente.

UNITA' EQUIVALENTI PER QUALIFICA	F	M
Dirigenti Struttura Complessa	5,79	15,92
Dirigenti Struttura Semplice o altro incarico	125,85	92,44
Comparto	643,92	260,60
Totale Istituto	775,56	368,95

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

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

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

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

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

R0104000 - S0SD UFFICIO AFFARI GENERALI		Responsabile : Dr.ssa Tonucci Direttore Dipartimento: dr.ssa Nardi		BUDGET 2019											
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LMELO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUN- TIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CoR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario															
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)															
	1 Atto Aziendale	proposta determina di modifica atto 394/2018	proposta di determina entro 10gg dalla trasmissione del testo definitivo da parte della direzione	vedi indicatore				5%	10%			testo definitivo da parte della direzione pervenuto in data 27/12. Approvata la detrimina in data 30/12		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2 Regolamento OIV	Aggiornamento regolamento OIV	bozza di regolamento entro il 31 ottobre 2019	vedi indicatore				10%	10%			Valutazione positiva per il SAL Regolamento approvato a giugno 2019. Rettificata la determina ad ottobre 2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3 Ricognizione parco automezzi	ricognizione utilizzo veicoli al fine del censimento Dipartimento Funzione Pubblica	invio censimento	entro febbraio 2019				5%	10%			Valutazione positiva per il SAL Ricognizione effettuata entro la data prevista. Da approfondire con la UO		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	4 Autocertificazioni	Monitoraggio delle autocertificazioni richieste/ricevute dalla UO	Relazione sulle autocertificazioni a carico dell'UO dal 01/01/2019 al 30/09/2019	entro 31/10				5%	10%			Valutazione positiva per il SAL documentazione pervenuta entro la data prevista nel valore obiettivo.		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5 Convenzione	Informazione ai committenti su tempistica e modulistica da utilizzare per richiedere convenzioni	Presentazione alla Direzione di bozza di lettera da inviare ai committenti con la relativa modulistica	entro il 30/11				10%	5%			Valutazione positiva per il SAL documentazione pervenuta entro la data prevista nel valore obiettivo		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	6 certificazione	Descrizione dei principali processi della UO e della relativa mappa dei rischi per il sistema di certificazione	Presentazione dei principali processi della UO e della mappatura dei rischi	entro il 31/12				10%	5%			da predisporre lettera a firma del RAQ di istituto		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	7 Regolamento sul controllo delle autocertificazioni	Redazione del regolamento sul controllo delle autocertificazioni	proposta determina di adozione regolamento	entro 31/12				10%	10%			documentazione pervenuta entro la data prevista nel valore obiettivo.		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	8 Numerazione delle determine	Numerazione in giornata delle determine presentate entro le h 10, dal 5 agosto	vedi azione	vedi indicatore nel 100% dei casi				10%	10%			documentazione pervenuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder															
	9 Attività di ricerca	Partecipazione alle attività di ricerca	Partecipazione alle riunioni di start up dei progetti finalizzati	Verbale redatto dall'UO Controllo di Gestione attestante la presenza dell'UO				10%	10%			Valutazione positiva per il SAL documentazione ok		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%						

R0105200 - SOC AMMINISTRAZIONE RISORSE UMANE ATL		Responsabile : Dr.ssa Palermi Direttore Dipartimento: dr.ssa Nardi			BUDGET 2019											
SETTORE		OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPAR TO	RISORSE AGGIUN TIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario																
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	1	Predisposizione Regolamento Incarichi di funzione	Realizzazione Regolamento da presentare come bozza alla Direzione per consentire l'approvazione della Determina entro il 31/10	Bozza di determina approvata dalla Direzione	entro 31/10/2019				5,00%	5,00%			valutazione positiva per il I Sal ok regolamento. Manca la bozza di determina		obiettivo raggiunto in considerazione del fatto che il regolamento è stato trasmetto entro la data prevista dell'indicatore e la discussione in sede sindacale non dipende dalla UO stessa.	obiettivo raggiunto
	2	Applicazione modello PO di cui agli atti nn.2 e 10/DGEN/2019	Gestione del percorso amministrativo per assegnazione delle PO	determina assegnazione PO	entro 31/12/2019				5,00%	5,00%			documentazione completa		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3	Predisposizione modelli di determine per tipologia e inserimento su repository	creazione documenti da produrre	creazione repository con format determine	Esistenza degli strumenti sull'intranet aziendale entro il 31/12/2019				5,00%	5,00%			valutazione positiva per il I Sal documentazione completa		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	4	Implementazione sistema informatizzato di monitoraggio spesa personale T.D.	Lettura DB economico filtrando le voci ed il personale interessato	Report monitoraggio spesa T.D.entro il 30/09 e T.I. entro il 31/10	vedi indicatore				2,50%	5,00%			valutazione positiva per il I Sal documentazione completa		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5	Predisposizione Regolamento funzionale sperimentazioni cliniche	Realizzazione Regolamento da presentare come bozza alla Direzione per consentire l'approvazione della Determina entro il 31/5	Bozza di determina approvata dalla Direzione	entro 31/12/2019				2,50%	5,00%			necessaria approvazione della direzione		obiettivo raggiunto in considerazione del fatto che la bozza di determina è stata trasmitta alla Direzione Amministrativa e Scientifica entro la data prevista dell'indicatore	obiettivo raggiunto
	6	Aggiornamento e digitalizzazione Manuale di orientamento per i neoassunti	Realizzazione manuale con aggiornamenti della normativa, delle modifiche organizzative e procedurali ed inserimento nella intranet aziendale	Manuale aggiornato disponibile sulla intranet	entro 31/12/2019				5,00%	5,00%			documentazione completa		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	7	Predisposizione regolamento mobilità interna	Realizzazione Regolamento da presentare come bozza alla Direzione per consentire l'approvazione della Determina entro il 30/4/2020	Bozza di determina approvata dalla Direzione	entro 31/12/2019				2,50%	5,00%			valutazione positiva per il I Sal documentazione completa		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	8	Visite medico competente per neoassunti	Elaborazione agenda comune con DMPO	Prenotazione visita del neoassunto	vedi indicatore				2,50%	5,00%			documentazione completa		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	9	Piano assunzioni	Completamento piano assunzioni	Report al 30/09 e al 15/11 sullo stato di avanzamento del Piano assunzioni	vedi indicatore				5,00%	5,00%			mancano entrambi i report. Eventualmente richiedere attestazione della direzione su riunioni citate nella rendicontazione		obiettivo raggiunto come da attestazione della Direzione	obiettivo raggiunto
	10	Impegni sindacali	Presidio degli impegni sindacali	Report sullo stato di avanzamento delle situazioni pendenti congiuntamente alle convocazioni sindacali	dal 1 settembre				5,00%	5,00%			documentazione completa		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	11	Piano assunzioni 2020	Stesura piano assunzioni 2020	Presentazione proposta del Piano Assunzioni 2020 alla Direzione Amministrativa	entro il 31/12/2019				5,00%	5,00%			documentazione completa		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	12	incarichi dirigenziale	Conferimento incarichi dirigenziali	Completamento del conferimento degli incarichi (escluso il presidio di Osimo)	entro il 31/12/2019	68 su 103	66,0%	66,0%	5,00%	5,00%			valutazione positiva per il I Sal completamento assegnazione incarichi non avvenuto nel 2019		si ritiene l'obiettivo parzialmente raggiunto all'66% tenendo conto delle procedure conclusesi nel 2019 rispetto a quelle conclusesi successivamente	obiettivo parzialmente raggiunto al 66 %
	13	Gestione presenze	Chiusura dei cartellini entro il 10 del secondo mese successivo Acquisizione dei cartellini validati entro la stessa data Monitoraggio Ferie	Report sulla realizzazione delle azioni di cui sopra	Presentazione report entro il 20/02/2020				5,00%	5,00%					obiettivo non raggiunto dal momento che non risulta nessun progetto presentato	obiettivo non raggiunto
	14	Progetto Automatizzazione percorsi Ufficio Stipendi	Assegni familiari missioni, straordinari e ferie dirigenti su wf	Progetto di automatizzazione	entro il 31/12/2019				5,00%	5,00%			dalla documentazione non si evince raggiungimento obiettivo		obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto
	15	Autocertificazioni	Monitoraggio delle autocertificazioni richieste/ricevute dalla UO	Relazione sulle autocertificazioni a carico dell'UO	entro 31/10				2,50%	2,50%			valutazione positiva per il I Sal documentazione completa		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	16	obiettivi determina 237	Attività previste dalla determina DGEN/237/2019	Realizzazione attività previste nella determina 237/2019	vedi indicatore				5,00%				valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	17	certificazione	Aggiornamento e completamento della descrizione dei principali processi e della mappa dei rischi per il sistema di certificazione	Presentazione definitiva dei processi e della mappatura dei rischi	entro 31/12				2,50%	2,50%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																
	18	Attività di ricerca	Partecipazione alle attività di ricerca	Partecipazione alle riunioni di start up dei progetti finalizzati	Verbale redatto dall'UO Controllo di Gestione attestante la presenza dell'UO				5,00%	5,00%			valutazione positiva per il I Sal documentazione completa		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi																
		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi								25%	20%					

R0105400 - SOC ATTIVITA' TECNICHE NUOVE OPERE PATRIMONIO ATL		Responsabile : Ing. Giovanni Madoe Direttore Dipartimento: dr.ssa Nardi		BUDGET 2019													
SETTORE		OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE E CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario																	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	1	Integrazione con Osimo	Piena presa in carico manutenzioni, in assenza di effettiva assistenza da parte di ASUR (operai assenti dal 01/01/2019) ed in attesa del piano assunzioni	Estensione al PO di Osimo delle procedure adottate per le altre sedi, compresa la copertura h24 dei tecnici reperibili	Uniformità delle procedure di intervento in manutenzione				5%	5%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	2	Valorizzazione patrimonio aziendale	Riordino del patrimonio immobiliare disponibile ed indisponibile, finalizzato a una corretta gestione del patrimonio	Produzione di aggiornamenti su stime, suddivisione cespiti, ecc.; creazione di schede descrittive per cespiti. Predisposizione di bandi e avvisi di vendita.	Completamento allineamento con reali valori contabili. Emissione di avvisi di vendita per almeno n. 4 beni immobili.				5%	10%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	3	Autocertificazioni	Monitoraggio delle autocertificazioni richieste/ricevute dalla UO	Relazione sulle autocertificazioni a carico dell'UO	entro 31/10				5%	5%			valutazione positiva per il I Sal documentazione pervenuta in data 30/10/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	4	Costi ordinari e costi straordinari	Rendicontazione per cespiti dei costi ordinari e straordinari - anno 2018	Invio rendicontazione alla Direzione Amministrativa	entro 30/11				5%	10%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	5	Gestione patrimonio	atto di ricognizione degli esiti dell'attività di inventariazione di tutti i Presidi Inrca e di relativa presa in carico per l'avvio dell'agestione ordinaria	atto di ricognizione	entro 31/12				5%	10%					obiettivo non valutabile. L'atto di ricognizione non è stato effettuato in quanto la ditta che si è occupata dell'inventario ha dovuto completare gli elenchi da sottoscrivere e da inviare all'INRCA.	obiettivo non valutabile	
	6	Esternalizzazione magazzini	progettazione esternalizzazione magazzini	Invio progetto esternalizzazione magazzini alla Direzione Amministrativa	entro 31/10				5%	5%			valutazione positiva per il I Sal documentazione pervenuta in data 31/10/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	7	Messa a norma del Presidio di Casatenovo per post acuzie	Domanda di accreditamento per la parte strutturale del Presidio di Casatenovo per post-acuzie	Presentazione domanda accreditamento per la parte strutturale	entro 15/09				5%	5%			valutazione positiva per il I Sal da rivedere documentazione		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	8	Piano di fattibilità ambulatori Villa Rosa all'interno del Presidio di Casatenovo	Valutazione piano di fattibilità di ospitare ambulatori Villa Rosa all'interno del Presidio di Casatenovo	Elaborazione studio di fattibilità	invio alla Direzione Generale del piano entro 45 giorni dalla comunicazione del fabbisogno da parte di Asst				5%	10%					obiettivo non valutabile dal momento che la UO non ha ricevuto una comunicazione del fabbisogno da parte dell'ASST	obiettivo non valutabile	
	9	certificazione	Aggiornamento e completamento della descrizione dei principali processi e della mappa dei rischi per il sistema di certificazione	Presentazione definitiva dei processi e della mappatura dei rischi	entro 31/12				5%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	10	Parte impiantistica	Accordo quadro parte impiantistica	emissione del bando	entro 30/10				5%	5%			valutazione positiva per il I Sal necessaria copia RDO		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	11	Parte edile	Accordo quadro parte edile	emissione del bando	entro 30/11				5%	5%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	12	Valorizzazione patrimonio aziendale	ricognizione e revisione presso i singoli comuni dei tributi locali pagati dall'Istituto	invio di eventuali richieste di rettifica/rimborsi	Relazione sulle situazioni sospese e sulle motivazioni con proposta di soluzione				10%	5%			valutazione positiva per il I Sal fornita solo documentazione su TARI		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																	
	13	Attività di ricerca	Partecipazione alle attività di ricerca	Partecipazione alle riunioni di start up dei progetti finalizzati	Verbale redatto dall'UO Controllo di Gestione attestante la presenza dell'UO				10%				obiettivo raggiunto vista la loro presenza alle riunioni in cui sono stati convocati		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%							

R0105500 - SOSD AREA SISTEMI INFORMATIVI ATL		Responsabile : Ing. Arzeni Direttore Dipartimento: dr.ssa Nardi			BUDGET 2019											
SETTORE		OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario																
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	1	Redazione regolamento IT	armonizzazione della prassi dell'utilizzo degli strumenti ICT rispetto alle misure adeguate di sicurezza IT :azioni connesse al processo di revisione e relativa documentazione	Definizione documento	entro 31/12				5%	10%			documentazione pervenuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2	Migrazione al nuovo sistema di gestione della sicurezza end point (antivirus, antimalware , antispam,...)	Distribuzione degli agent, installazione della componente antivirus sulle postazioni di lavoro e server	Documentazione di avvenuta migrazione	entro 30/09				5%	10%			valutazione positiva per il I Sal documentazione pervenuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3	Realizzazione applicazione web intranet a supporto dell'attività dell'ufficio tecnico per la gestione delle richieste di intervento	Analisi , sviluppo test e messa in produzione dell'applicazione web per la gestione delle richieste di intervento all'ufficio tecnico	Applicazione web in produzione sulla intranet	entro 31/10				5%	10%			valutazione positiva per il I Sal documentazione pervenuta in data 31/10/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	4	Migrazione rete dati	Attività propedeutiche alla migrazione di tutta la rete mpls dati dell'Inrca da SPC a SPC2	Documentazione di avvenuta migrazione	entro 15/09				10%	10%			valutazione positiva per il I Sal documentazione pervenuta in data 12/09/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5	certificazione	Aggiornamento e completamento della descrizione dei principali processi e della mappa dei rischi per il sistema di certificazione	Presentazione definitiva dei processi e della mappatura dei rischi	entro 31/12				10%	5%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	6	Progetto eliminazione FAX	Ricognizione per eliminazione dei fax in tutti i presidi Inrca	eliminazione di tutti i fax eliminabili	entro 31/12				10%	10%			documentazione pervenuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	7	obiettivi determina 237	Attività previste dalla determina DGEN/237/2019	Realizzazione attività previste nella determina 237/2019	vedi indicatore				10%	10%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	8	Autocertificazioni	Monitoraggio delle autocertificazioni richieste/ricevute dalla UO	Relazione sulle autocertificazioni a carico dell'UO	entro 31/10				10%	5%			valutazione positiva per il I Sal documentazione pervenuta in data 31/10/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																
	9	Attività di ricerca	Partecipazione alle attività di ricerca	Partecipazione alle riunioni di start up dei progetti finalizzati	Verbale redatto dall'UO Controllo di Gestione attestante la presenza dell'UO				10%	10%			valutazione positiva per il I Sal l'Uo ha sempre partecipato alle riunioni convocate		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%						

'R0105300 - SOSD AMMINISTRAZIONE E FINANZA ATL	Responsabile : Dr.ssa Pacenti Direttore Dipartimento: dr.ssa Nardi			BUDGET 2019											
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUMATI O	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIALE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CDR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario															
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)															
	1	Applicazione nuovi modelli ministeriali CE_SP	Aggiornamento piano conti aziendale per renderlo idoneo ad alimentare i nuovi modelli ministeriali	Apertura e/o integrazione dei conti del piano dei conti in uso	entro chiusura di bilancio 2019			10%	10%			documentazione ricevuta il 29/01/2020		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2	Conto economico Libera professione	Redazione di un conto economico di dettaglio	proposta di atto	entro 31/12			10%	5%			documentazione completa ricevuta il 30/12/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3	Analisi Stato Patrimoniale	Verifica conti Fatture da emettere, Debiti vs il personale	Individuazione scritture di stralcio_debiti_crediti	entro chiusura di bilancio 2019			10%	5%			documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	4	Diminuzione Debiti commerciali	Analisi Fatture contestate, Note di Credito da ricevere da ricevere, fatture interessi moratori	Individuazione scritture di stralcio_debiti_crediti	entro chiusura di bilancio 2019			5%	5%			documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5	Rispetto dei tempi di pagamento	Pagamento delle fatture entro 60 GG	Indicatore di tempestività come da circolare 3 MEF	<=0			5%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	6	Adempimento stock del debito al 31/12/2018	Allineamento dati Piattaforma PCC al sistema contabile	Ripulitura stato fatture su piattaforma	entro il 31/12/2019			5%	10%	in collaborazione con ASI		valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	7	Eliminazione Carta	Archiviazione elettronica fatture in entrata e in uscita	fatture stampate	% fatture stampate pari al 2%			5%	10%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	8	Autocertificazioni	Monitoraggio delle autocertificazioni richieste/ricevute dalla UO	Relazione sulle autocertificazioni a carico dell'UO	entro 31/10			5%	10%			valutazione positiva per il I Sal dichiarazione ricevuta il 30/10/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	9	obiettivi determina 237	Attività previste dalla determina DGEN/237/2019	Realizzazione attività previste nella determina 237/2019	vedi indicatore			10%	10%			valutazione positiva per il I Sal documentazione del 05/08/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	10	certificazione	Aggiornamento e completamento della descrizione dei principali processi e della mappa dei rischi per il sistema di certificazione	Presentazione definitiva dei processi e della mappatura dei rischi	entro 31/12			5%	10%			valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta il 19/12/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder															
	11	Attività di ricerca	Partecipazione alle attività di ricerca	Partecipazione alle riunioni di start up dei progetti finalizzati	Verbale redatto dall'UO Controllo di Gestione attestante la presenza dell'UO			5%				valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%			documentazione ricevuta			

R0105100 - UOC ACQUISIZIONE BENI SERVIZI LOGISTICA ATL												Responsabile : Dr.ssa Nardi Direttore Dipartimento: dr.ssa Nardi		BUDGET 2019									
SETTORE		OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTA CONTROLLOI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA							
Economico-finanziario																							
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																							
	1	Programmazione biennale 2020-2021 di forniture e servizi per gare di importo > 1 mil di e	Elaborazione della programmazione di forniture e servizi > 1 mil di €	Determina di programmazione per acquisti > 1 mil di €	entro 31/10/2019				10%	5%			Valutazione positiva I Sal documentazione completa	come da documentazione allegata, l'obiettivo si ritiene raggiunto	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto							
	2	Programmazione biennale sottosoglia e sopra soglia comunitaria anni 2020-2021	Elaborazione della programmazione biennale entro il mese di dicembre 2019 insieme al CO. GEST.	Bozza atto di programmazione trasmessa alla Direzione	entro il 31/12/2019 nel rispetto di un processo condiviso				10%	5%			Valutazione positiva I Sal documentazione completa	come da documentazione allegata, l'obiettivo si ritiene raggiunto	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto							
	3	Programmazione degli acquisti in conto capitale di attrezzature sanitarie, economici, informatiche, software e arredi	Elaborazione del programmazione di acquisti in conto capitale 2019	Bozza atto di di programmazione trasmesso alla Direzione	entro il 31/12/2019 nel rispetto di un processo condiviso				10%	10%			Valutazione positiva I Sal documentazione completa	come da documentazione allegata, l'obiettivo si ritiene raggiunto	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto							
	4	Regolamento di applicazione art. 113 D.Lgs 50/2016	Realizzazione Regolamento da presentare come bozza alla Direzione	Bozza di regolamento	Determina entro 30 gg dall'approvazione della bozza di regolamento dalla direzione				5%	10%			documentazione completa	come da documentazione allegata, l'obiettivo si ritiene raggiunto	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto							
	5	Autocertificazioni	Monitoraggio delle autocertificazioni richieste/ricevute dalla UO	Relazione sulle autocertificazioni a carico dell'UO	entro 31/10				5%	10%			Valutazione positiva I Sal documentazione pervenuta in data 31/10/2019, da verificare quanto descritto nella nota prot.	come da documentazione allegata, l'obiettivo si ritiene raggiunto	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto							
	6	obiettivi determina 237	Attività previste dalla determina DGEN/237/2019	Realizzazione attività previste nella determina 237/2019	vedi indicatore				5%	10%			Valutazione positiva I Sal	come da documentazione allegata, l'obiettivo si ritiene raggiunto	Obiettivo raggiunto al 87,5%	Obiettivo raggiunto							
	7	Riorganizzazione Magazzino	Progetto di riorganizzazione del magazzino in ottica unica e integrata	Presentazione della proposta Avvio del progetto	proposta entro il 31/12 avvio entro marzo 2020				10%	10%			documentazione completa	come da documentazione allegata, l'obiettivo si ritiene raggiunto	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto							
	8	certificazione	Aggiornamento e completamento della descrizione dei principali processi e della mappa dei rischi per il sistema di certificazione	Presentazione definitiva dei processi e della mappatura dei rischi	entro 31/12				10%	10%				come da documentazione allegata, l'obiettivo si ritiene raggiunto	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto							
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																							
	9	Attività di ricerca	Partecipazione alle attività di ricerca	Partecipazione alle riunioni di start up dei progetti finalizzati	Verbale redatto dall'UO Controllo di Gestione attestante la presenza dell'UO				10%	10%			Valutazione positiva I Sal documentazione completa	come da documentazione allegata, l'obiettivo si ritiene raggiunto	Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto							
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%													

R2900100 - SOSO CARDIOLOGIA RIABILITATIVA CT	Responsabile : Dr. Serra Direttore Dipartimento: dr. Colombo		BUDGET 2019													
SETTORE	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RSORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE Cdr	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario	1 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Beni sanitari /valore della Produzione	2,12%	1,22%	142,30%	100%	15%	5%					Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	
	2 Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	188.408	183.566	97%	100%	15%	5%			valutazione positiva per il 1° Sal		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	3 miglioramento offerta utenza	stabilizzazione laborat.Artrmologia	registrazione ECG dinamico	450 registraz.	478 al 4/11/2020			5%				valutazione positiva per il 1° Sal documentazione ricevuta		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	
	4 miglioramento offerta utenza	Incremento amb.classe D	riduzione lista d'attesa	70 visite	150 al 4/11/2020			5%				valutazione positiva per il 1° Sal documentazione ricevuta		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	
	5 miglioramento offerta utenza	consegna immediata referti ECO	Numero esami consegnati	>90% esami consegnati.				5%				documentazione ricevuta il 18/11/2019		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	
	6 integrazione SISS R.L	richieste ricetta elettronica	N° ricette su totale	> del 90% ricette emesse				5%				valutazione positiva per il 1° Sal documentazione ricevuta il 18/11/2019		obiettivo non valutabile non essendo calcolabile la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo per mancanza del denominatore, come da attestazione della DAPO	obiettivo non valutabile	
	7 Attività di Consulenza a Pneumologia per lauti Merate	Avvio dell'attività entro il 1° semestre 2019	vedi azione	vedi indicatore				10%				valutazione positiva per il 1° Sal documentazione ricevuta il 8/11/2019		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	
	8 Progetto certificazione	Messa in campo attività per l'adeguamento alla nuova normativa	Mantenimento certificazione	vedi indicatore soluzione alle non conformità riscontrate				5%	10%			valutazione positiva per il 1° Sal		ott raggiunto	Obiettivo raggiunto	
	9 Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neosunto riassegnato	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato	1- Invio per l'informativa Sindacale entro il 30/9/2019 2- Diffusione informazione applicazione entro il 30/9/2019					30%			valutazione positiva per il 1° Sal		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	Obiettivo raggiunto	
	10 Favorire e migliorare l'integrazione multiprofessionale infermiere - O.S.S.	1- Proposta e redazione di schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1- Redazione di almeno n. 4 Schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Documentare la formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1- schede pratiche procedure prodotte entro il 30/09/2019; 2 - Verbale per almeno 2 riunioni di U.O. per Formazione, diffusione. Applicazione a livello di U.O. entro il 31/12/2019					30%			valutazione positiva per il 1° Sal		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	Obiettivo raggiunto	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																
	11 Ricerca condivisa OSAS-Anziano rischio C.V	Conclusione ricerca.	elaborazioni dati	ev pubblicazione o in subordine presentazione report su stato di avanzamento di attività				10%				documentazione ricevuta		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi														
								25%	20%							

R2901900 - SOSS LABORATORIO ANALISI CT		Responsabile : Dr. Coliagio Direttore Dipartimento: dr. Colombo		BUDGET 2019											
SETTORE	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziaria	1 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei beni sanitari	Costo dei Beni sanitari /valore della Produzione	34,76%	31,14%	110,43%	100%	15%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2 Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	995.414	938.052	94%	94,24%	20%				valutazione positiva per il I Sal		obiettivo parzialmente raggiunto	obiettivo parzialmente raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)															
	3 Miglioramento appropriatezza diagnostica	Introduzione dosaggio quantitativo PTH	Implementazione test	da effettuare entro 31/12/2019				5%				valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	4 Miglioramento appropriatezza diagnostica	Sostituzione dossaggio Troponina I con Troponina I ad alta sensibilità	Implementazione test	da effettuare entro 31/12/2019				5%				valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5 Rafforzamento presenza del Laboratorio sul territorio	Aggiornamento via web su tematiche emergenti di Medicina di Laboratorio	produzione di un documento	da effettuare entro 31/12/2019				5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	6 Miglioramento della qualità del servizio verso l'utenza esterna	Preparazione del paziente al prelievo di sangue venoso	Produzione di un poster	da effettuare entro 31/12/2019				5%				valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	7 Miglioramento interazione con altre UUO e con i medici di medicina generale	Revisione tabella valori panico	Produzione documento	da effettuare entro 31/12/2019				10%				valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	8 Progetto certificazione	Messa in campo attività per l'adeguamento alla nuova normativa	Mantenimento certificazione	vedi indicatore soluzione alle non conformità riscontrate				10%	10%			valutazione positiva per il I Sal		obt raggiunto	obiettivo raggiunto
	9 Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neosunto neassegnato	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato	1- Invio per l'informativa Sindacale entro il 30-9-2019 2- Diffusione informazione applicazione entro il 31-10-2019					30%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto
	10 Favorire e migliorare l'integrazione multiprofessionale Infermiere-O.S.S.	1- Proposta e redazione di schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - Redazione di almeno n. 4 Schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2 - Documentare la formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - schede pratiche procedure prodotte entro il 30/09/2019; 2 - Verbale per almeno 2 riunioni di U.O. per formazione, diffusione. Applicazione a livello di U.O. entro il 31/12/2019					35%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	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%						

R2902100 - SOSD RADIOLOGIA CT		Responsabile : Dr. Genchi Direttore Dipartimento: dr. Bordini		BUDGET 2019											
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario	1 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Beni sanitari /valore della Produzione	0,27%	0,71%	-59,40%	-59,40%	15%	5%			Tenendo conto che il consumo dei farmaci è in linea con quanto previsto nella scheda di budget, lo scostamento deriva da una minore produzione che sarebbe stata colmata nel caso di assunzione dei 2 tecnici e un cocco richiesti ed approvati dalla Direzione. Pertanto si rappresenta la non valutabilità dell'obiettivo.	Non valutabilità		
	2 Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	309.921	281.185	91%	90,73%	20%				valutazione positiva per il I Sal	Lo scostamento deriva da una minore produzione che sarebbe stata colmata nel caso di assunzione dei 2 tecnici e un cocco richiesti ed approvati dalla Direzione. Pertanto si ritiene di poter considerare il pieno raggiungimento dell'obiettivo.	Obt raggiunto	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)															
	3 miglioramento dei servizi offerti	stabilizzazione attività MOC	funzionamento regolare e continuativo della diagnostica	200 esami interni/esterni entro 31.12.2019	394 per esterni		100%	10%				valutazione positiva per il I Sal	obt raggiunto	obt raggiunto	
	4 Integrazione SISS Regione Lombardia	produzione, validazione e firma digitale dei referti	numero dei referti validati e firmati digitalmente dal responsabile UOSD	98% dei referti ambulatoriali validati firmati				10%				valori indicati nella relazione del 19/11/2019	obt raggiunto	obt raggiunto	
	5 interazione con il territorio	riorganizzazione attività di servizio	consegna referti RX torace in giornata in presenza del responsabile UOSD	100% esami effett.				10%				valori indicati nella relazione del 19/11/2019	obiettivo non valutabile dal momento che non può essere attestata dalla DAPO la consegna in giornata dei referti, nonostante il Responsabile della UO lo confermi	obt non valutabile	
	6 Progetto certificazione	Messa in campo attività per l'adeguamento alla nuova normativa	Mantenimento certificazione	vedi indicatore soluzione alle non conformità riscontrate				10%	10%			valutazione positiva per il I Sal	obt raggiunto	obt raggiunto	
	7 Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neoassunto neoassegnato	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato	1- Invio per l'informativa Sindacale entro il 30 -9-2019 2- Diffusione informazione applicazione entro il 30-9-2019					35%			valutazione positiva per il I Sal	obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obt raggiunto	
	8 Favorire e migliorare l'integrazione multiprofessionale Infermiere - O.S.S.	1- Proposta e redazione di schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - Redazione di almeno n. 4 Schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2 - Documentare la formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - schede pratiche procedure prodotte entro il 30/09/2019; 2 - Verbale per almeno 2 riunioni di U.O. per Formazione, diffusione. Applicazione a livello di U.O. entro il 31/12/2019					30%			valutazione positiva per il I Sal	obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obt 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%						

R2901000 - SOC PNEUMOLOGIA CT		Responsabile : Dr. Colombo Direttore Dipartimento: dr.		BUDGET 2019											
SETTORE	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLL O DI GESTIONE	VALUTAZIONE Cdr	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	1 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei beni sanitari	Costo dei Beni sanitari pneumo generale + riabilitativa / valore della Produzione pneumo generale + riabilitativa	3,85%	3,65%	105,39%	100%	10%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei beni sanitari	Costo dei Beni sanitari attività allergologica	180.000,00	187.912,47	96%	100%	10%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3 Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	2.608.999	2.632.205	101%	100%	15%				valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)															
	4	Miglioramento della continuità assistenziale tra INRCA POR Castenovo e ASST Lecco/Merate	realizzazione team multidisciplinare interaziendale	coinvolgimento di più specialisti in team multidisciplinare	Partecipazione ad almeno 12 incontri entro il 31/12/19			5%				valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5	Miglioramento della qualità e standardizzazione del lavoro di equipe	Riunioni con specialisti di altre discipline (peer review)	almeno 4 riunioni con specialisti di altre discipline	Partecipazione globale di almeno 80% personale medico entro il 31/12/19			5%				documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto in quanto sempre presenti 4 medici su 5	obiettivo raggiunto
	6	compilazione SDO	tempestiva compilazione della SDO	entro 10 gg dalla chiusura del mese successivo	>90 % delle SDO dell'UO da settembre			5%				documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	7	miglioramento continuità assistenziale ospedale territorio	Attività di consulenza INRCA verso dipartimento di fragilità ASST lecco	numero di richieste	>10 entro il 31/12/19			5%				valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	8	Centro autorizzato malattie rare miglioramento qualità assistenziale in portatori di sarcoidosi, fibrosi polmonare idiopatica	attivazione ambulatorio specialistico dedicato	numero pazienti arruolati	>20 entro il 31/12/19			5%				valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	9	Progetto certificazione	Messa in campo attività per l'adeguamento alla nuova normativa	Mantenimento certificazione	vedi indicatore soluzione alle non conformità riscontrate			5%				valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	10	Diffusione competenze infermieristiche	Estensione delle competenze infermieristiche tra semintensiva e degenza	Formazione continua del personale infermieristico tra semintensiva e degenza	Relazione approvata dal Direttore di UO e dal Direttore Sanitario				15%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto
	11	Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neassunto neassegnato	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato	1-Invio per l'informativa Sindacale entro il 30-9-2019 2- Diffusione informazione applicazione entro il 30-9-2019				10%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto
	12	Favorire e migliorare l'integrazione multiprofessionale Infermiere - O.S.S.	1- Proposta e redazione di schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - Redazione di almeno n. 4 Schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2 - Documentare la formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - schede pratiche procedure prodotte entro il 30/09/2019; 2 - Verbale per almeno 2 riunioni di U.O. per Formazione, diffusione. Applicazione a livello di U.O. entro il 31/12/2019				15%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto
	13	Consolidamento del percorso di dimissioni protette per il paziente respiratorio fragile	Segnalazione al referente delle dimissioni protette dei pazienti individuati a medio ed alto rischio	Compilazione dell'indice di BRASS per tutti i pazienti al momento del ricovero	A partire dal III Quadrimestre 2019				15%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto
	14	Avvio della partecipazione al progetto di Ricerca ANIARTI "Terapia Intensiva 2.0"	Compilazione dei questionari e del database dedicato	Arruolamento di almeno 2 pazienti al mese secondo quanto stabilito dal protocollo di ricerca	A partire dal III Quadrimestre 2019				15%					obiettivo annullato come da comunicazione del Direttore Generale. Peso assegnati ai restanti obiettivi comuni del comparto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder															
	15	ArealRCCS-Ricerca corrente	Implementazione attività come da gantt di progetto	Implementazione attività anno corrente	vedi indicatore			5%				valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto, come da rendicontazione su workflow della Ricerca del Ministero della Salute	obiettivo raggiunto
	16	Area IRCCS_ Ricerca Finalizzata	Partecipazione a bandi di progetto	Presentazione a bandi di progetto come partner o coordinatore	entro il 31/12			2,5%				valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	17	ArealRCCS-Produzione Scientifica	Pubblicazioni su riviste con IF	IFM	4	0	0%	0%	2,5%					obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%						

R2901100 - SOC PNEUMOLOGIA RIABILITATIVA/CENTRO DI RICERCA PATOLOGIE TO		Responsabile : Dr. Colombo Direttore Dipartimento: Dr.		BUDGET 2019											
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE COR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	1 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei beni sanitari	Costo dei Beni sanitari pneumo generale + riabilitativo / valore della Produzione pneumo generale + riabilitativa	3,85%	3,65%	105,39%	100%	15%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2 Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	2.647.419	2.574.455	97%	100%	20%				valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)															
	3 Strutturazione nuovi modelli assistenziali finalizzati al miglioramento della qualità dell'assistenza	formazione di "mini equipe" composte da medico, infermiere e fisioterapista dedicate al modello assistenziale per piccoli gruppi di pazienti	Numero riunioni con il personale di reparto coinvolto nella formazione delle mini equipe Presentazione del modello entro 30/09/2019 Progettazione di un modello di valutazione	Almeno 4 in un anno verbalizzate				5%				valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta 4 verbali		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	4 Miglioramento della qualità e standardizzazione del lavoro d'equipe	Organizzazione di "progetti formativi sul campo" finalizzati a migliorare i percorsi riabilitativi respiratori	Revisione dei percorsi riabilitativi respiratori	Inserimento della procedura sulla valutazione degli outcome riabilitativi all'ingresso entro il 31/12/2019				5%				valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5 Implementazione dei percorsi educazionali per i pazienti BPCO ricoverati	Organizzazione di incontri educazionali a tema con i degenti tenuti da personale infermieristico e fisioterapisti	Numero di incontri	Almeno 8				5%				valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	6 Implementazione percorso gestionale ambulatoriale del paziente asmatico	Adesione a iniziative promosse da Società Italiane di Pneumologia e Allergologia per sensibilizzare i pazienti al controllo della patologia asmatica	Numero di adesioni alle iniziative proposte	≥1				5%				valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	7 Progetto certificazione	Messa in campo attività per l'adeguamento alla nuova normativa	Mantenimento certificazione	vedi indicatore soluzione alle non conformità riscontrate				5%				valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	8 Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neoassunto neoassegnato	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato	1- Invio per l'informativa Sindacale entro il 30-9-2019 2- Diffusione informazione applicazione entro il 31-10-2019					15%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto
	9 Favorire e migliorare l'integrazione multiprofessionale Infermiere - O.S.S.	1- Proposta e redazione di schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - Redazione di almeno n. 4 Schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2 - Verbale per almeno 2 riunioni di U.O. per Formazione, diffusione. Applicazione a livello di U.O. entro il 31/12/2019						15%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto
	10 Consolidamento del percorso di dimissioni protette per il paziente respiratorio fragile	Segnalazione al referente delle dimissioni protette dei pazienti individuati a medio ed alto rischio	Compilazione dell'indice di BRASS per tutti i pazienti al momento del ricovero	A partire dal III Quadrimestre 2019					15%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto
	11 Avvio della partecipazione al progetto di Ricerca ANIARTI "Terapia Intensiva 2.0"	Compilazione dei questionari e del database dedicato	Arruolamento di almeno 2 pazienti al mese secondo quanto stabilito dal protocollo di ricerca	A partire dal III Quadrimestre 2019					15%					obiettivo annullato come da comunicazione del Direttore Generale. Peso assegnati ai restanti obiettivi comuni del comparto	obiettivo raggiunto
	12 Sviluppo della presa in carico assistenziale del paziente con patologia respiratoria cronica	Planificazione di sessioni di educazione terapeutica a cura del personale infermieristico per tutti i pazienti ricoverati	Strutturazione di almeno due incontri mensili	A partire dal III Quadrimestre 2019					15%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder															
	13 Area IRCCS-Capacità di attrarre risorse	Partecipazione a bandi di ricerca a progetto	Presentazione di progetti in qualità di centro coordinatore e/o centro partecipante	1 progetto presentato entro il 31/12				5%				valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	14 Area IRCCS-Produzione Scientifica	piano d'azione potenziamento attività scientifica in collaborazione con UO Laboratorio Farmacoepidemiologia	Sottomissione articoli scientifici con UO Laboratorio Farmacoepidemiologia	6	3	50%	0%	5%						obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto
	15 Area IRCCS-Ricerca corrente	Implementazione attività come da gantt di progetto	Implementazione attività anno corrente	vedi indicatore				5%				valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto, come da rendicontazione su workflow della Ricerca del Ministero della Salute	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%						

R2602500 - SOSD LABORATORIO FARMACOEPIDEMOLOGIA GERIATRICA CS		Responsabile : Dr. Corsonello Direttore Dipartimento: dr. Mazzei		BUDGET 2019											
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario															
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)															
Prospettiva dell'utenza e stakeholder															
	1 Produzione scientifica	Pubblicazioni su riviste con IF	Punteggio IF	50	50,5	101%	100%	25%				valutazione positiva per il I Sa		obt raggiunto	obiettivo raggiunto
	2 Produzione scientifica	Miglioramento della performance produttiva	Pianificazione incremento produzione scientifica POR Casatenovo (in collaborazione con UOC Pneumologia Casatenovo)	Stesura piano triennale entro fine novembre approvato dal DSci				10%				documentazione ricevuta		obt raggiunto	obiettivo raggiunto
	3 Ricerca Corrente	Coordinamento Linee di Ricerca	Partecipazione alla consuntivazione per la Ricerca Corrente anno 2018 e programmazione 2019 - Rete IRCCS invecchiamento	Presentazione reports - Presentazione programmazione				10%				valutazione positiva per il I Sa documentazione ricevuta da DirSci		obt raggiunto	obiettivo raggiunto
	4 Miglioramento qualità assistenza	Definizione di un Progetto di qualificazione dell'attività geriatrica	Progetto da inviare alla Direzione generale	entro il 30/11/2019				10%				valutazione positiva per il I Sa documentazione ricevuta		obt raggiunto	obiettivo raggiunto
	5 Progetto certificazione	Messa in campo attività per l'adeguamento alla nuova normativa	Mantenimento certificazione	vedi indicatore soluzione alle non conformità riscontrate				10%				valutazione positiva per il I Sa vedi file consuntivazione		obt raggiunto	obiettivo raggiunto
	6 Supporto direzione scientifica su	Biobanca corso di formazione metodologico sulla ricerca partecipazione a bandi europei rete irccs	partecipazione a gruppi di lavoro	2 partecipazioni per ognuno dei 4 gruppi di lavoro				10%				documentazione ricevuta		obt raggiunto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%				valutazione positiva per il I Sa			

R2601900 - SOC LABORATORIO ANALISI CS		Responsabile : Dott.ssa Lucia Crescibene Direttore Dipartimento: dr.ssa Carlino			BUDGET 2019													
SETTORE	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CUR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA			
Economico-finanziario																		
	1 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	49,1%	50,14%	97,95%	100%	15%	5%					obt raggiunto	obiettivo raggiunto	17,3%	5,3%	
	2 Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	615.178	772.324,54	125,54%	100%	15%	5%					obt raggiunto	obiettivo raggiunto	17,3%	5,3%	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																		
	3 Integrazione intradipartimentale del POR	Valutazione della qualità del Laboratorio percepita attraverso la preparazione ed invio di un questionario alle varie U.O. del POR	Valutazione complessiva ottenuta	Valutazione superiore a 8/10 su scheda predisposta dal laboratorio				10%	5%					obt raggiunto	obiettivo raggiunto	11,5%	5,3%	
	4 Qualità del servizio	Ottimizzazione tempi di risposta verso i reparti	Refertazione entro 120 min, dalla ricezione del campione in laboratorio dei seguenti esami: emocromi, elettroliti, creatinina, PT, troponina	Attività confermata dal Direttore di dipartimento				10%	5%			154020 esami totali effettuati nel 2019, 18342 esami refertati oltre i 120 minuti, con uno scostamento dell'11,89%		obiettivo raggiunto considerato che in caso di assenza della Responsabile della UO, unica dirigente in capo alla UO stessa, la validazione veniva effettuata da altri dirigenti medici del POR Cosenza che non erano a conoscenza dell'obiettivo.	obiettivo raggiunto all'88,1% per la dirigenza e non valutabile per il comparto	11,5%		
	5 Integrazione interdipartimentale del POR	strutturazione della validazione in remoto degli esami tra Cosenza e Ancona / Osimo	attivazione validazione	entro 31/12/2019				10%						Come confermato anche dalla Direzione Generale d'Istituto, la Responsabile della UO ha sollecitato numerose volte l'attivazione del servizio che non è stata finalizzata per cause non imputabili alla stessa. Pertanto, si ritiene l'obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile			
	6 Progetto certificazione	Messa in campo attività per l'adeguamento alla nuova normativa	Mantenimento certificazione	vedi indicatore soluzione alle non conformità riscontrate				5%	10%			valutazione positiva per il I Sal		obt raggiunto	obiettivo raggiunto	5,8%	10,6%	
	7 Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neossunto neassegnato	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato	1- Invio per l'informativa Sindacale entro il 30/09/2019 2- Diffusione informazione applicazione entro il 31/10/2019					50%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto	0,0%	53,1%	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																		
	8 AreaIRCCS-Produzione Scientifica	Pubblicazioni su riviste con IF	IFM		2,00	0	0%	5%						obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto			
	9 AreaIRCCS-Ricerca corrente	Implementazione attività come da gantt di progetto	Implementazione attività anno corrente	vedi indicatore				5%				valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto, come anche da attestazione del dr. Corsonello, Responsabile della Linea di Ricerca Corrente	obiettivo raggiunto	5,8%		
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi																		
	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%									

R2600700 - SOSD RIABILITAZIONE INTENSIVA CS		Responsabile : Dr. Pranno Direttore Dipartimento: dr. Carino		BUDGET 2019											
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE C&R	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	1 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci /valore della Produzione	1,44%	1,10%	123,07%	100%	10%	2,5%					obt raggiunto	obiettivo raggiunto
	2 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	1,60%	1,64%	97,67%	100%	10%	2,5%					obt raggiunto	obiettivo raggiunto
	3 Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	1.199.745	1.173.320,44	98%	100%	15%				valutazione positiva per il I Sal		obt raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)															
	4 Miglioramento della qualità dell'assistenza	elaborazione di un set di scale di valutazione	definizione di un set di scale come procedura di qualità entro 31/10/2019	applicazione a partire dal 1 novembre 2019				15%				valutazione positiva per il I Sal		obt raggiunto	obiettivo raggiunto
	5 Progetto certificazione	Messa in campo attività per l'adeguamento alla nuova normativa	Mantenimento certificazione	vedi indicatore soluzione alle non conformità riscontrate				15%	10%			valutazione positiva per il I Sal		obt raggiunto	obiettivo raggiunto
	6 Favorire e migliorare l'integrazione multiprofessionale Infermiere - O.S.S.	1- Proposta e redazione di schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1- Redazione di almeno n. 4 Schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2 - Documentare la formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1- schede pratiche procedure prodotte entro il 30/09/2019; 2 - Verbale per almeno 2 riunioni di U.O. per Formazione, diffusione. Applicazione a livello di U.O. entro il 31/12/2019					20%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto
	7 Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neoassunto neoassegnato	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato	1- Invio per l'informativa Sindacale entro il 30/09/2019 2- Diffusione informazione applicazione entro il 31/10/2019					20%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto
	8 Implementazioni del Evidence based nursing per la prevenzione e gestione delle lesioni da decubito	revisione della letteratura dal punto di vista del nursing sulle piaghe da decubito, con focus sull'innovazione dal punto di vista gestionale e sviluppo dei trial su medicazioni avanzate	Redazione di un documento di revisione della letteratura	Entro il 15/10/2019					25%					obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder															
	9 Area IRCSS	Partecipazione al gruppo del Laboratorio del Movimento di Ancona e Fermo	Relazione sul coinvolgimento dell'UO all'interno del Gruppo di Lavoro del Laboratorio del Movimento da inviare alla Direzione Scientifica	Entro il 31/12				10%				documentazione ricevuta il 10/01/2020		obt raggiunto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi															
	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%						

R2600500 - SOC GERIATRIA CS		Responsabile : Dr. Corsonello Direttore Dipartimento: dr.ssa Carlini		BUDGET 2019													
SETTORE		OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CDR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci /valore della Produzione	1,75%	1,56%	110,93%	100%	10%	2,5%					obt raggiunto	obiettivo raggiunto	
	2	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della Produzione	1,26%	1,04%	117,57%	100%	10%	2,5%					obt raggiunto	obiettivo raggiunto	
	3	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	2.498.204	2.409.254,56	96%	100%	15%				valutazione positiva per il I Sal		obt raggiunto	obiettivo raggiunto	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	4	Progetto certificazione	Messa in campo attività per l'adeguamento alla nuova normativa	Mantenimento certificazione	vedi indicatore soluzione alle non conformità riscontrate				5%	10%			valutazione positiva per il I Sal		obt raggiunto	obiettivo raggiunto	
	5	Miglioramento qualità assistenza	Applicazione di Linee Guida per riduzione ricoveri inappropriati.	Riduzione n. DRG inappropriati.	Riduzione del 20 % rispetto al 2018 del numero dei DRG inappropriati dell'ultimo trimestre				10%				documentazione ricevuta		obt raggiunto	obiettivo raggiunto	
	6	Miglioramento qualità assistenza	Definizione di un Progetto di qualificazione dell'attività geriatrica	Progetto da inviare alla Direzione generale	entro il 30/11/2019				10%				valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta il 27/11/2019		obt raggiunto	obiettivo raggiunto	
	7	Miglioramento qualità assistenza	Definizione di un Progetto per la Palliazione geriatrica interdisciplinare	Progetto da inviare alla Direzione generale	entro il 30/11/2019				5%				valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obt raggiunto	obiettivo raggiunto	
	8	Favorire e migliorare l'integrazione multiprofessionale infermiere - O.S.S.	1- Proposta e redazione di schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - Redazione di almeno n. 4 Schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2 - Documentare la formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - schede pratiche procedure prodotte entro il 30/09/2019; 2 - Verbale per almeno 2 riunioni di U.O. per Formazione, diffusione. Applicazione a livello di U.O. entro il 31/12/2019					15%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto	
	9	Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neoassunto neoassegnato	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato	1- Invio per l'informativa Sindacale entro il 30/09/2019 2- Diffusione informazione applicazione entro il 31/10/2019					25%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto	
	10	Implementazioni del Evidence based nursing per la prevenzione e gestione delle lesioni da decubito	revisione della letteratura dal punto di vista del nursing sulle piaghe da decubito, con focus sull'innovazione dal punto di vista gestionale e sviluppo dei trial su medicazioni avanzate	Redazione di un documento di revisione della letteratura	Entro il 15/10/2019					25%					obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																	
	11	ArealRCCS-Produzione Scientifica	Publicazioni su riviste con IF	IFM	6,00	6,00	100%	100%	5%						obt raggiunto	obiettivo raggiunto	
	12	ArealRCCS-Ricerca corrente	Implementazione attività come da gantt di progetto	Implementazione attività anno corrente	vedi indicatore				5%				valutazione positiva per il I Sal vedi file consuntivazione		obt raggiunto	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		Responsabile : Dr. Scarpelli Direttore Dipartimento: dr. Carino		BUDGET 2019													
SETTORE		OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BENE	NOTE CONTROLLI DI GESTIONE	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA		
Economico-finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci /valore della Produzione	4,98%	3,74%	124,84%	100%	10%	2,5%				obt raggiunto	obt raggiunto		
	2	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	3,28%	9,70%	-95,58%	-95,58%	10%	2,5%				obt non raggiunto	obt non raggiunto		
	3	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	33.496	32.422,57	97%	100%	15%				valutazione positiva	obt raggiunto	obt raggiunto		
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	4	Miglioramento qualità assistenza	Elaborazione PDTA interno su Accessi venosi con creazione di un team interno di MIDLINE APPLICATION	Presentazione documento alla Direzione Sanitaria	entro 15/11/2019				10%				valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta	obt non raggiunto in quanto il documento inviato non si configura come un PDTA contestualizzato al Presidio di Cosenza e attivabile in tempi brevi	obt non raggiunto		
	5	Miglioramento qualità assistenza	avvio attività del team interno di MIDLINE APPLICATION	vedi attività	entro il 15/12/2019				10%				documentazione ricevuta	obt non valutabile	obt non valutabile		
	6	Miglioramento qualità assistenza	Definizione congiunta con UO Geriatria e DMPO di un Progetto per la Palliazione geriatrica interdisciplinare	Progetto da inviare alla Direzione generale	entro il 30/11/2019				5%				valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta il 25/11	obt raggiunto	obt raggiunto		
	7	Progetto certificazione	Messa in campo attività per l'adeguamento alla nuova normativa	Mantenimento certificazione	vedi indicatore soluzione alle non conformità riscontrate				5%	10%			valutazione positiva per il I Sal	obt raggiunto	obt raggiunto		
	8	Favorire e migliorare l'integrazione multiprofessionale infermiere - O.S.S.	1- Proposta e redazione di schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Formazione,diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - Redazione di almeno n. 4 Schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2 - Documentare la formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - schede pratiche procedure prodotte entro il 30/09/2019; 2 - Verbale per almeno 2 riunioni di U.O. per Formazione, diffusione. Applicazione a livello di U.O. entro il 31/12/2019					20%			valutazione positiva per il I Sal	obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obt raggiunto		
	9	Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neoassunto	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato	1- Invio per l'informativa Sindacale entro il 30/09/2019 2- Diffusione infomazione applicazione entro il 31/10/2019					20%			valutazione positiva per il I Sal	obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obt raggiunto		
	10	Implementazioni del Evidence based nursing per la prevenzione e gestione delle lesioni da decubito	revisione della letteratura dal punto di vista del nursing sulle piaghe da decubito, con focus sull'innovazione dal punto di vista gestionale e sviluppo dei trial su medicazioni avanzate	Redazione di un documento di revisione della letteratura	Entro il 15/10/2019					25%				obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obt raggiunto		
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																	
	11	ArealRCCS-Produzione Scientifica	Stesura articolo scientifico	Sottomissione articolo scientifico a rivista indexata	entro il 31/12				5%				valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta	obiettivo raggiunto	obt raggiunto		
	12	ArealRCCS-Ricerca corrente	Implementazione attività come da gantt di progetto	Implementazione attività anno corrente	vedi indicatore				5%				valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta	obiettivo raggiunto come da rendicontazione della Ricerca Corrente sul Workflow della Ricerca	obt raggiunto		
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi																	
		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi	H E A L T H A N D S C I E N C E O N A G I N G														

R2602100 - SOC RADIOLOGIA CS		Responsabile : Dr. Carlino Direttore Dipartimento: dr.ssa Carlino		BUDGET 2019											
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	1 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci /valore della Produzione	4,51%	3,63%	119,56%	100%	10%	5%					obt raggiunto	obt raggiunto
	2 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	0,98%	2,16%	-21,57%	-21,57%	10%	5%					obt non raggiunto	obt non raggiunto
	3 Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	262.300	258.355,74	98,5%	100%	15%				valutazione positiva per il I Sal		obt raggiunto	obt raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)															
	4 Miglioramento qualità ed appropriatezza delle prestazioni	tempestività risposta prestazioni	Prestazioni interne erogate e refertate per la radiologia convenzionale al 90% entro 24 h per la Tac entro 48 h					10%	5%			documentazione ricevuta il 25/11/2019		obt raggiunto	obt raggiunto
	5 Attività di formazione	Organizzazione seminario interno per far conoscere le potenzialità della nuova TC e per migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni	Realizzazione seminario nel Presidio da tenere entro giugno 2019	Partecipazione del 70% dei dirigenti medici				10%				2 medici su 15 non hanno partecipato al seminario, con una percentuale di presenza pari al 87%		obt raggiunto	obt raggiunto
	6 Incremento prestazioni TC	Miglioramento dell'organizzazione del servizio	Aumento del 50% delle prestazioni TC rispetto all'anno precedente	Aumento del valore complessivo delle prestazioni	Aumento Valore Tac del 210%			5%	5%					obt raggiunto	obt raggiunto
	7 Progetto certificazione	Messa in campo attività per l'adeguamento alla nuova normativa	Mantenimento certificazione	vedi indicatore soluzione alle non conformità riscontrate				5%	10%			valutazione positiva per il I Sal		obt raggiunto	obt raggiunto
	8 Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neoassunto neoassegnato	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato	1- Invio per l'informativa Sindacale entro il 30/09/2019 2- Diffusione informazione applicazione entro il 31/10/2019					50%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder															
	9 AreaIRCCS-Ricerca corrente	Implementazione attività come da gantt di progetto	Implementazione attività anno corrente	vedi indicatore				10%						obiettivo raggiunto come da rendicontazione della Ricerca Corrente	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%						

R3611400 - SOSS ANESTESIA GERIATRICA AN		Responsabile : Dott.ssa Giampieri Direttore Dipartimento: dr. Della Bella		BUDGET 2019												
SETTORE		OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CUR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci/valore della Produzione Dipartimento Chirurgico Por Ancona	0,52%	0,33%	137,02%	100%	15%	5%					Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione Dipartimento Chirurgico Por Ancona	1,43%	1,22%	114,75%	100%	15%	5%					Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	3	Accessi vascolari	Valutazione dell'appropriatezza della richiesta degli accessi vascolari	n. richieste valutate/n. richieste totali	Report trimestrali a partire dal 30/09 95% delle richieste valutate sulle richieste totali				2,5%				documentazione ricevuta il 04/01/2020		Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	4	Ottimizzazione della Formazione in Rianimazione cardiopolmonare (corsi BLS/D)	Azioni finalizzate all'accreditamento CF BLS/D Fortinca c/o la regione Marche. Realizzazione di corsi per la formazione in Rianimazione cardiopolmonare (corsi BLS/D)	Accreditamento presso la regione Marche del CF Fortinca Numero corsi realizzati (Verbal dei corsi effettuati)	Invio documentazione entro il 30/06/2019. 3 su Osimo 5 su Ancona				2,5%	10%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL documentazione certificazione ricevuta il 05/07/2019		Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5	Revisione check list sala operatoria	Attività di revisione per omogeneità della stessa tra i presidi di Osimo e Ancona	Adozione unica Check list per i 2 Presidi	entro il 30/09				5,0%	5%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL Documentazione pervenuta in data 26/09/2019		Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	6	Monitoraggio attività sala operatoria	Realizzazione report sull'andamento della attività di sala operatoria e andamento lista operatoria	Presentazione proposta di report Produzione di report mensili	Presentazione proposta entro 15/10 Produzione report a partire dal mese di novembre 2019				5%				Documentazione pervenuta in data 11/10/2019 documentazione report ricevuta il 04/01/2020 10/01/2020		Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	7	Revisione/aggiornamento del progetto ospedale senza dolore	Strutturazione / revisione del percorso rendendolo omogeneo nei 2 Ospedali (Ancona e Osimo)	Presentazione del documento alla Direzione	entro il 31/12				5%				VALUTAZIONE POSITIVA I SAL documentazione ricevuta il 27/11/2019		Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	8	Miglioramento qualità assistenziale	Audit nei casi di reintervento (individuati dal Direttore di UO interessato) con tutte le figure professionali interessate	Verbale dell'audit realizzato	vedi indicatore				5%				VALUTAZIONE POSITIVA I SAL documentazione ricevuta il 12/11/2019. I verbali non sono sottoscritti		Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	9	Gestione dipartimentale delle liste operatorie	Analisi e studio per la realizzazione del progetto (per i soli codici A) al fine di avere da standard di tempo di attesa omogenei all'interno del Dipartimento	Progetto da inviare alla Direzione Generale	entro il 31/12				5%				documentazione ricevuta il 27/12/2019		Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	10	Progetto certificazione	Messa in campo attività per l'adeguamento alla nuova normativa	Mantenimento certificazione	vedi indicatore soluzione alle non conformità riscontrate				5%	5%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL		Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	11	Favorire e migliorare l'integrazione multiprofessionale infermiere - O.S.S.	1- Proposta e redazione di schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - Redazione di almeno n. 4 Schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Documentare la formazione, diffusione. Applicazione a livello di U.O.	1 - schede pratiche procedure prodotte entro il 30/09/2019; 2 - Verbale per almeno 2 riunioni di U.O. per Formazione, diffusione. Applicazione a livello di U.O. entro il 31/12/2019					15%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL		Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	12	Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neoassunto	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato	1- Invio per l'informativa Sindacale entro il 30/09/2019 2- Diffusione informazione applicazione entro il 31/10/2019						15%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL		Obiettivo raggiunto
Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza: infezioni urinarie conseguenti al cateterismo vescicale	13	Revisione della letteratura relativamente alle procedure per la prevenzione delle infezioni di cui all'obiettivo entro il 15/10	Invio della revisione e della procedura alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Scientifica entro il 15/10 e formazione sul campo - diffusione entro il 31/12/2019	vedi indicatore						10%					Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	14	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza: infezioni da catetere da accesso vascolare	Revisione della letteratura relativamente alle procedure per la prevenzione delle ICA di cui all'obiettivo entro il 15/10	Invio della revisione e della procedura alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Scientifica entro il 15/10, formazione sul campo - diffusione e report sui dati raccolti in merito alle infezioni entro il 31/01/2020	vedi indicatore					10%					Obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	15	Area IRCSS_Capacità di attrarre risorse	Gestione progetto Stars	Partecipazione all'implementazione	Report entro 31/12				2,5%				documentazione ricevuta		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	16	Area IRCSS_Trasferimento Tecnologico	Brevetto kit anestesia	Meeting di aggiornamento con il referente del TTO	Report stato dell'arte entro il 30/11				2,5%				VALUTAZIONE POSITIVA I SAL documentazione ricevuta il 27/11/2019		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	17	Sviluppo di un percorso tecnico-scientifico per la promozione e disseminazione dell'anestesia spinale continua	Stesura di un piano d'azione che preveda le seguenti sezioni: formazione, disseminazione, impatto sulla mobilità attiva, attività di ricerca	Presentazione del piano d'azione e sottomissione di un protocollo di ricerca al CdB	vedi indicatore				5%				documentazione ricevuta il 17/12/2019		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto

'R2410100 - SOC CENTRO TECNOLOGIE AVANZATE DELL'INVECCHIAMENTO AN		Responsabile : Dr. Provinciali Direttore Dipartimento: dr. Della Bella		BUDGET 2019											
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
<i>Economico-finanziario</i>															
	1 Integrazione risorse istituzionali	Ricerca fondi c/o soggetti finanziatori attraverso la presentazione progetti per ottenimento di finanziamenti	Ottenimento finanziamenti certificata con comunicazione dell'ente finanziatore	€ 150.000	€ 185.184,00	123%	100%	10%				VALUTAZIONE POSITIVA I SAL Finanziamenti ottenuti pari a 185.184 euro		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>															
	2 ArealRCCS-Ricerca corrente	Implementazione attività come da gantt di progetto	Implementazione attività anno corrente	vedi indicatore				10%	20%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL documentazione ricevuta il 12/11/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3 ArealRCCS-Ricerca corrente	Supporto all'attività strategica della Direzione	Partecipazione alle iniziative della Direzione Scientifica	almeno 2 riunioni verbalizzate				10%	15%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	4 ArealRCCS-Capacità di operare in rete	Partecipazione alle attività della Rete IRCCS Invecchiamento	Partecipazione alle iniziative della Direzione Scientifica	Partecipazione ad almeno 4 riunioni e/o meeting verbalizzati in materia				10%	15%			documentazione pervenuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5 Area scientifica	Progetto Banca Biologica Stesura di un piano strategico per la promozione e l'utilizzo della Biobanca	Presentazione del piano di azione	entro il 30/09				10%	20%			documentazione ricevuta il 12/11/2019 attività svolta entro il 30/09		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>															
	Area scientifica	Invio articoli a riviste con IF	Punteggio I.F.N.	60	50	83%	83%	15%	10%					obiettivo parzialmente raggiunto all'83%	obiettivo parzialmente raggiunto all'83%
	6 Ricerca Corrente	Coordinamento Linee di Ricerca	Partecipazione alla consuntivazione per la Ricerca Corrente anno 2018 e programmazione 2019 - Rete IRCCS invecchiamento	Presentazione reports - Presentazione programmazione				10%				VALUTAZIONE POSITIVA I SAL documentazione ricevuta il 12/11/2019		obiettivo raggiunto	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		Responsabile : Dr. Cota Direttore Dipartimento: dr. Della Bella			BUDGET 2019											
SETTORE		OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AL FINE DEL SISTEMA PREVISTO	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CIR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci/valore della produzione		0,58%	0,65%	89,15%	89,15%	10%	5%				obiettivo parzialmente raggiunto per la dirigenza e non valutabile per il comparto perché la somministrazione dei farmaci è interamente a carico della scelta dei dirigenti medici soprattutto per la tipologia di attività (day surgery e ambulatoriale)	obiettivo parzialmente raggiunto per la Dirigenza e non valutabile per il comparto
	2	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione		8,0%	7,8%	102,23%	100%	10%	5%				obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale		830.826	923.005	111%	100%	15%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	4	Miglioramento qualità dell'assistenza	Formazione dei MMG sui tumori cutanei	Progettazione di un corso per MMG	Presentazione del progetto entro il 30/11/2019					2,5%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL documentazione pervenuta il 29/11/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5	Integrazione Territorio - Ospedale	Definizione di un percorso con gli specialisti ambulatoriali del Territorio per una fast track e una second opinion per l'attività chirurgica	Presentazione di un percorso condiviso	entro il 31/12/2019					2,5%			documentazione pervenuta il 30/12/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	6	Obiettivo intraaziendale	Presentazione di un progetto di riorganizzazione dell'ambulatorio delle ferite difficili (con coinvolgimento del Piede diabetico, chirurgia vascolare, diabetologia, ecc)	presentazione progetto	entro 31/12/2019					2,5%			documentazione pervenuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	7	Skin cancer unit	Definizione del progetto di attivazione di una skin cancer unit comprensivo delle risorse e dell'organizzazione	Presenza del progetto inviato alla Direzione Generale	entro il 15/11/2019					2,5%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL documentazione pervenuta il 15/11/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	8	Appropriatezza delle prestazioni di laboratorio per interni	Riduzione delle richieste di laboratorio per interni, revisione dei protocolli e dei profili di laboratorio	Numero di prestazioni di laboratorio per interni nell'ultimo quadrimestre	-30% rispetto all'ultimo quadrimestre 2018	III QUADR 2018: 1697 III QUADR 2019: 1202	100%	100%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	9	Progetto certificazione	Messa in campo attività per l'adeguamento alla nuova normativa	Mantenimento certificazione	vedi indicatore soluzione alle non conformità riscontrate				5%	10%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	10	Ampliamento offerta assistenziale	avvio attività fotodinamica	numero pazienti trattati nel 2019	almeno 2					5%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL documentazione pervenuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	11	Miglioramento qualità dell'offerta	Revisione processo di gestione delle Lesioni da Decubito sui pazienti interni	vedi azione	entro il 31/12/2019					5%	10%		documentazione pervenuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	12	Favorire e migliorare l'integrazione multiprofessionale infermiere - O.S.S.	1- Proposta e redazione di schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Documentare la formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - Redazione di almeno n. 4 Schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2 - Documentare la formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - schede pratiche procedure prodotte entro il 30/09/2019; 2 - Verbale per almeno 2 riunioni di U.O. per Formazione, diffusione, Applicazione a livello di U.O. entro il 31/12/2019					10%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	13	Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neassunto neassegnato	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato	1- Invio per l'informativa Sindacale entro il 30/09/2019 2- Diffusione informazione applicazione entro il 31/10/2019					10%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	14	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza: infezioni urinarie conseguenti al cateterismo vescicale	Revisione della letteratura relativamente alle procedure per la prevenzione delle infezioni di cui all'obiettivo entro il 15/10	Invio della revisione e della procedura alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Scientifica entro il 15/10 e formazione sul campo - diffusione entro il 31/12/2019	vedi indicatore					15%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	15	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza: infezioni da catetere da accesso vascolare	Revisione della letteratura relativamente alle procedure per la prevenzione delle ICA di cui all'obiettivo entro il 15/10	Invio della revisione e della procedura alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Scientifica entro il 15/10 - formazione sul campo - diffusione e report sui dati raccolti in merito alle infezioni entro il 31/01/2020	vedi indicatore					15%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																
	16	Produzione scientifica	Stesura articoli scientifici	IFM		8,00	12,70	159%	100%	10%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL documentazione pervenuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi								25%	20%					

INCA2000 - SOC CHIRURGIA GENERALE E PATOLOGIA CHIRURGICA AN		Responsabile : Dr. Bocelli Direttore Dipartimento: dr. Della Bella		BUDGET 2019													
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUMITO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO A FINE DEL SISTEMA PREBUDGETANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CIR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA		
Economico-finanziaria	1 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci di reparto per giornata di degenza	15,84	13,08	117,44%	100%	5%	2%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	2 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci di sala operatoria /valore della Produzione	0,07%	0,10%	56,47%	56,47%	5%	2%					obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto		
	3 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici di reparto per giornata di degenza	9,85	4,29	156,38%	100%	5%	2%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	4 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici di sala operatoria Ancona/valore della produzione Ancona	21,5%	19,5%	109,31%	100%	5%	2%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	5 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici Presidio Osimo/valore della produzione Presidio Osimo	21,4%	8,4%	160,74%	100%	5%	2%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	6 Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale Por Ancona	3.069.304	2.875.357	93,68%	93,68%	5%						obiettivo può essere considerato raggiunto dal momento che il valore della produzione totale dei due presidi è maggiore rispetto al totale previsto a budget e l'UO è unica e integrata con condivisione di personale	obiettivo raggiunto		
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	7 Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale Po Osimo	2.722.620	2.954.927	108,53%	100%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	8 Percorso Urgenze Chirurgiche	Creazione di un percorso chirurgico delle urgenze presso il presidio ospedaliero di Osimo	Definizione del percorso urgenze chirurgiche	Presentazione documento entro il 30/11/2019				5%				VALUTAZIONE POSITIVA I SAL documentazione pervenuta in data 04/11/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	9 Anestesia Toracica Spinale Continua nel paziente ultraottantenne con tare patologiche severe	Utilizzo dell'anestesia toracica spinale nel trattamento del paziente ultraottantenne con tare patologiche severe	Almeno 30 interventi con l'utilizzo dell'anestesia toracica spinale	entro il 31/12/2019				5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	10 Appropriately delle prestazioni di laboratorio per interni	Riduzione delle richieste di laboratorio per interni, revisione dei protocolli e dei profili di laboratorio	Numero di prestazioni di laboratorio per interni nell'ultimo quadrimestre	-30% rispetto all'ultimo quadrimestre 2018 (n. 9.645)	III QUADRIM 2018: 13167 III QUADRIM 2019: 12934	100%	100%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	11 Progetto certificazione	Messa in campo attività per l'adeguamento alla nuova normativa	Mantenimento certificazione	vedi indicatore soluzione alle non conformità riscontrate				5%	20%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	12 Miglioramento qualità assistenziale	Audit nei casi di reintervento (individuati dal Direttore di UOI) con tutte le figure professionali interessate	Verbale dell'audit realizzato	vedi indicatore				5%				VALUTAZIONE POSITIVA I SAL documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	13 Gestione dipartimentale delle liste operative	Analisi e studio per la realizzazione del progetto (per i soli codici A) al fine di avere da standard di tempo di attesa omogenei all'interno del Dipartimento	Progetto da inviare alla Direzione Generale	entro il 31/12/2019				5%				documentazione ricevuta il 27/12/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	14 Favorire e migliorare l'integrazione multiprofessionale Infermiere - O.S.S.	1- Proposta e redazione di schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; Formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	2 - Verboale per almeno 2 riunioni di U.O. per Formazione, diffusione, Applicazione a livello di U.O. entro il 31/12/2019						15%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	15 Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neossusito neossusato	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato	1- Invio per l'informativa Sindacale entro il 30/09/2019 2- Diffusione informazione applicazione entro il 31/10/2019					15%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
16 Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza: infezioni urinarie conseguenti al cateterismo vescicale	Revisione della letteratura relativamente alle procedure per la prevenzione delle infezioni di cui all'obiettivo entro il 15/10	Invio della revisione e della procedura alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Scientifica entro il 15/10 e formazione sul campo - diffusione entro il 31/12/2019	vedi indicatore						10%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
17 Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza: infezioni da catetere da accesso vascolare	Revisione della letteratura relativamente alle procedure per la prevenzione delle ICA di cui all'obiettivo entro il 15/10	Invio della revisione e della procedura alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Scientifica entro il 15/10, formazione sul campo - diffusione e report sui dati raccolti in merito alle infezioni entro il 31/01/2020	vedi indicatore						10%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
Prospettiva dell'utente e stakeholder																	
18 Produzione scientifica	Sviluppo di un percorso tecnico-scientifico per la promozione e disseminazione dell'anestesia spinale continua	Stesura articoli scientifici	IFM	15,00	7,00	47%	50%	5%						obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto		
19 Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Stesura di un piano d'azione che preveda le seguenti sezioni: formazione, disseminazione, impatto sulla mobilità attiva, attività di ricerca	Presentazione del piano d'azione e sottoscrizione di un protocollo di ricerca al CdB	vedi indicatore				5%				documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi																	
								25%	20%								

R3613000 - SOC ODONTOSTOMATOLOGIA AN		Responsabile : Prof Procaccini Direttore Dipartimento: dr. Della Bella		BUDGET 2019													
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTE	VALENZA BIENNALE	NOTE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE E CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario	1 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci/valore della Produzione	0,41%	1,33%	-122,27%	-122,27%	10%	5%						obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto	
	2 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	31,52%	8,40%	173,34%	100%	10%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	3 Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	43.701	44.078,70	100,87%	100%	15%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	4 Promozione del Brand Inrca e apertura al Territorio	Organizzazione di un convegno su argomento Odontoiatrico di interesse anche per la popolazione anziana	Realizzazione dell'evento	Realizzazione evento entro il 30/11/2019 con partecipazione operatori anche extra-regionali Relazione sull'evento entro il 31/12				10%							obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto	
	5 Promozione del Brand Inrca e apertura al Territorio	Realizzazione di uno screening odontoiatrico in piazza per sensibilizzazione salute orale/intercettazione lesioni mucose con particolare riferimento a popolazione anziana	Realizzazione dello screening	Entro il 30/06/2019 con disseminazione/presentazione dei risultati Relazione sull'attività svolta entro il 31/12				10%							obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto	
	6 Revisione e sviluppo di nuovi modelli organizzativi	Predisposizione procedura/protocollo di igiene orale nel paziente anziano ricoverato nel nostro Istituto in relazione alla salute orale, alle comorbidità ed alla abilità manuale ed autonomia	Predisposizione procedura/protocollo	Realizzazione del documento entro il 15/12/2019 condiviso con il DPI				10%							obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto	
	7 Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neoassunto neassegnato	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato	1- Invio per l'informativa Sindacale entro il 30/09/2019 2- Diffusione informazione applicazione entro il 31/10/2019					70%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																	
	8 Ricerca scientifica corrente	Produzione scientifica	IFN	6,00	11,90	198,33%	100%	10%							obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi								25%	20%								
Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi																	

R3613700 - SOSD PREVENZIONE DEI TUMORI PROSTATICI AN		Responsabile : Dr.ssa Pierangeli Direttore Dipartimento: dr. Della Bella		BUDGET 2019											
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CGR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario															
	1 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	4,5%	5,3%	81,64%	81,64%	15%	5%					viste le motivazioni presentate dalla dr.ssa Pierangeli, si considera l'obiettivo pienamente raggiunto	obiettivo raggiunto
	2 Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	220.509	228.552	104%	100%	20%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)															
	3 registro complicate post esame diagnostico	Realizzazione del registro complicate post esame diagnostico	presentazione del registro	Entro il 30/09/2019 attivazione della raccolta dati a partire dal 1 ottobre				30%	20%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	4 Favorire e migliorare l'integrazione multiprofessionale Infermiere - O.S.S.	1- Proposta e redazione di schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - Redazione di almeno n. 4 Schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2 - Documentare la formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - schede pratiche procedure prodotte entro il 30/09/2019; 2 - Verbale per almeno 2 riunioni di U.O. per Formazione, diffusione. Applicazione a livello di U.O. entro il 31/12/2019					50%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder															
	5 AreaIRCCS-Ricerca corrente	Implementazione attività come da gantt di progetto	Implementazione attività anno corrente in collaborazione con L'UO Urologia	vedi indicatore				10%				VALUTAZIONE POSITIVA I SAL documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi															
		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%						

SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE Cdr	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziaria															
	1 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci /valore della Produzione	6,79%	7,75%	85,87%	85,87%	10%	5%					obiettivo parzialmente raggiunto per la dirigenza e non valutabile per il comparto perché la somministrazione dei farmaci è interamente a carico della scelta dei dirigenti medici	obiettivo parzialmente raggiunto per i dirigenti e non valutabilità del comparto
	2 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	15,5%	15,4%	100,61%	100%	10%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3 Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	458.911	522.611	113,88%	100%	15%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)															
	4 percorso paziente con emorragia digestiva	Revisione del percorso paziente con emorragia digestiva condiviso tra gastroenterologia, chirurgia, diagnostica per immagini e Geriatria	stesura di un documento di percorso per il paziente con emorragia digestiva	entro il 30/11/2019 stesura del documento. Presentazione del percorso a tutte le UUOO interessate entro il 31/12/19 con produzione dei verbali delle riunioni.				10%				documentazione ricevuta il 28/11/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5 Appropriately prestazioni interne	documento appropriatezza erogazione prestazioni interne	elaborazione documento appropriatezza su erogazione prestazioni interne	Entro il 30/12 report sull'appropriatezza delle prestazioni interne				10%				documentazione ricevuta il 28/11/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	6 Progetto certificazione	Messa in campo attività per l'adeguamento alla nuova normativa	Mantenimento certificazione	vedi indicatore soluzione alle non conformità riscontrate				5%	10%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	7 Ambulatorio unico MICI con Osimo	Progettazione di un ambulatorio unico MICI con la sala endoscopica di Osimo	Progettazione di un ambulatorio	entro il 31/12/2019				5%	10%			documentazione ricevuta il 31/12/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	8 Favorire e migliorare l'integrazione multiprofessionale infermiere - O.S.S.	1- Proposta e redazione di schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - Redazione di almeno n. 4 Schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2 - Verbale per almeno 2 riunioni di U.O. per Formazione, diffusione. Applicazione a livello di U.O. entro il 31/12/2019	1 - schede pratiche procedure prodotte entro il 30/09/2019; 2 - Verbale per almeno 2 riunioni di U.O. per Formazione, diffusione. Applicazione a livello di U.O. entro il 31/12/2019					25%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	9 Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neassunto neassegnato	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato	1- Invio per l'informativa Sindacale entro il 30/09/2019 2- Diffusione informazione applicazione entro il 31/10/2019					25%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder															
	10 ArealRCCS-Produzione Scientifica	Sottomissione di un articolo su rivista scientifica impattante	vedi azione	vedi indicatore				10%						obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%						

R3651140 - ANESTESIA OSIMO		Responsabile - Dr. Ivorio Direttore Dipartimento: dr. Della Bella		BUDGET 2019													
SETTORE		OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AL FINE DEL SISTEMA PRECEDENTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CIR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci/Valore della Produzione Dipartimento Chirurgico Po Osimo	1,01%	0,96%	104,96%	100%	15%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	2	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione Dipartimento Chirurgico Po Osimo	4,52%	2,98%	134,00%	100%	15%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	3	Terapia del dolore	mantenimento dei volumi relativi ai trattamenti in terapia del dolore	2018-2019	vedi indicatore	prestazioni 2019 1.145 prestazioni 2018 915	125,14%	100%	15%	10%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	4	Accessi vascolari	Valutazione dell'appropriatezza della richiesta degli accessi vascolari	n. richieste valutate/n. richieste totali	- Report trimestrali a partire dal 30/09 - 95% delle richieste valutate sulle richieste totali				2,5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	5	Revisione check list sala operatoria	Attività di revisione per omogeneità della stessa tra i presidi di Osimo e Ancona	Check list aggiornata	entro il 30/09				2,5%	10%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL documentazione pervenuta in data 19/09/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	6	Revisione/aggiornamento del progetto ospedale senza dolore	Strutturazione / revisione del percorso rendendolo omogeneo nei 2 Ospedali (Ancona e Osimo)	Presentazione del documento alla Direzione	entro il 31/12				5%				VALUTAZIONE POSITIVA I SAL documentazione pervenuta in data 11/10/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	7	Miglioramento qualità assistenziale	Audit nei casi di reintervento (individuati dal Direttore di UO) con tutte le figure professionali interessate	Verbale dell'audit realizzato	vedi indicatore				5%				VALUTAZIONE POSITIVA I SAL		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	8	Monitoraggio attività sala operatoria	Realizzazione report sull'andamento della attività di sala operatoria	Presentazione proposta di report Produzione di report mensili	Presentazione proposta entro 15/10 Produzione report a partire dal mese di novembre 2019				5%				proposta ricevuta l'11/10 report ricevuto		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	9	Favorire e migliorare l'integrazione multiprofessionale Infermiere - O.S.S.	1- Proposta e redazione di schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Documentare Formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - Redazione di almeno n. 4 Schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Documentare la formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - schede pratiche procedure prodotte entro il 30/09/2019; 2 - Verbale per almeno 2 numeri di U.O. per Formazione, diffusione, Applicazione a livello di U.O. entro il 31/12/2019					20%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	10	Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neossunto reassegnato	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato	1- Invio per l'Informativa Sindacale entro il 30/09/2019 2- Diffusione informazione applicazione entro il 31/10/2019					15%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	11	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza: infezioni urinarie conseguenti al cateterismo vescicale	Revisione della letteratura relativamente alle procedure per la prevenzione delle infezioni di cui all'obiettivo entro il 15/10	Invio della revisione e della procedura alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Scientifica entro il 15/10 e formazione sul campo - diffusione entro il 31/12/2019	vedi indicatore					5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	12	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza: infezioni da catetere da accesso vascolare	Revisione della letteratura relativamente alle procedure per la prevenzione delle ICA di cui all'obiettivo entro il 15/10	Invio della revisione e della procedura alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Scientifica entro il 15/10, formazione sul campo - diffusione e report sui dati raccolti in merito alle infezioni entro il 31/01/2020	vedi indicatore					10%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																	
	13	Sviluppo di un percorso tecnico-scientifico per la promozione e disseminazione dell'anestesia spinale continua	Stesura di un piano d'azione che preveda le seguenti azioni: formazione, disseminazione, impatto sulla mobilità attiva, attività di ricerca	Presentazione del piano d'azione e sottomissione di un protocollo di ricerca al CdB	vedi indicatore				10%				documentazione ricevuta il 20/12/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi																	
		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi															
										25%	20%						

R3651270 - SALA ENDOSCOPIA OSPEDALE OSIMO		Responsabile : Dr. TOUFIC ROUSERHAL Direttore Dipartimento: dr. Della Bella			BUDGET 2019													
SETTORE		OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AL FINE DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA		
Economico-finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci/valore della Produzione	5,12%	1,44%	171,79%	100%	10,0%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	2	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	26,64%	17,95%	132,61%	100%	10,0%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	3	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	400.200	429.546	107,3%	100%	15,0%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																		
	4	Colangiopancreatografia retrograda per via endoscopica	Analisi di tutti gli aspetti che lo caratterizzano con valutazioni sanitarie, organizzative ed economiche	Presentazione del progetto alla Direzione previa valutazione economica del Controllo di Gestione	entro il 30/09/2019				10%	10%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL documentazione pervenuta in data 27/07/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	5	Screening tumore retto colon	Screening regionale del tumore retto colon	Almeno 150 screening	Entro il 31/12/2019				2,5%				VALUTAZIONE POSITIVA I SAL documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	6	percorso paziente con emorragia digestiva	Revisione del percorso paziente con emorragia digestiva condiviso tra gastroenterologia, chirurgia, diagnostica per immagini e Geriatria	stesura di un documento di percorso per il paziente con emorragia digestiva	entro il 30/11/2019 stesura del documento. Presentazione del percorso a tutte le UUOO interessate entro il 31/12/19 con produzione dei verbali delle riunioni.			50%	10%			documentazione pervenuta		obiettivo raggiunto al 50% dal momento che è stato presentato il documento ma non condiviso	obiettivo non raggiunto			
	7	Appropriatezza prestazioni interne	documento appropriatezza erogazione prestazioni interne	elaborazione documento appropriatezza su erogazione prestazioni interne	Entro il 30/12 report sull'appropriatezza delle prestazioni interne				2,5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	8	Ambulatorio unico MICI con Osimo	Realizzazione di un ambulatorio unico MICI con la sala endoscopica di Osimo	Attivazione di un ambulatorio	entro il 31/12/2019				5%	10%			documentazione pervenuta il 31/12/2019 - vedi risposta DAPD per attestazione		obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto		
	9	Favorire e migliorare l'integrazione multiprofessionale Infermiere - O.S.S.	1- Proposta e redazione di schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - Redazione di almeno n. 4 Schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2 - Documentare la formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - schede pratiche procedure prodotte entro il 30/09/2019; 2 - Verbale per almeno 2 riunioni di U.O. per Formazione, diffusione, Applicazione a livello di U.O. entro il 31/12/2019					25%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	10	Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neoassunto neassegnato	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato	1- Invio per l'Informativa Sindacale entro il 30/09/2019 2- Diffusione informazione applicazione entro il 31/10/2019					25%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																		
	11	Attività scientifica	Analisi dell'adenoma detection rate	Report dei casi di adenoma detection rate riscontrati nelle colonoscopie di screening tumore al fine di una pubblicazione su una rivista scientifica	Report da presentare alla direzione scientifica entro il 31/12/2019				10%				documentazione pervenuta il 23/12/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%								

R3613200 - SOC CENTRO PIEDE DIABETICO AN		Responsabile : Dr. Direttore Dipartimento: dr. Della Bella			BUDGET 2019											
SETTORE		OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CGR	VALUTAZIONE 1° Istanza	VALUTAZIONE 2° Istanza
Economico-finanziario																
	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci /valore della Produzione	3,5%	2,7%	123,86%	100%	10%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	6,7%	6,1%	107,66%	100%	10%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	2.025.058	2.015.526	100%	100%	15%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	4	Applicazione del protocollo di utilizzo delle cellule mononucleate autologhe nel trattamento dei pazienti diabetici con ischemia periferica non rivascolarizzabile	Identificare pazienti da trattare	Numero di pazienti trattati	15				10%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5	Identificare i pazienti affetti da neuropatia di Charcot ulcerata con sospetta osteomielite	Applicazione del protocollo di studio per l'osteomielite, già precedentemente proposto nel 2018	Creazione di un database condiviso con l'U.O. Diagnostica per immagini e Medicina Nucleare	100 % dei pazienti reclutati inseriti nel database				5%						obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile
	6	Obiettivo intraaziendale	Presentazione di un progetto di riorganizzazione dell'ambulatorio delle ferite difficili (con coinvolgimento del Piede diabetico, chirurgia vascolare, diabetologia, ecc)	presentazione progetto	entro 31/12/2019				5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	7	Appropriatezza delle prestazioni di laboratorio per interni	Riduzione delle richieste di laboratorio per interni, revisione dei protocolli e dei profili di laboratorio	Numero di prestazioni di laboratorio per interni nell'ultimo quadrimestre	-30% rispetto all ultimo quadrimestre 2018 (n. 2.750)	III QUADRIM 2018: 3.864 III QUADRIM 2019: 4288			5%						obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto
	8	Progetto certificazione	Messa in campo attività per l'adeguamento alla nuova normativa	Mantenimento certificazione	vedi indicatore soluzione alle non conformità riscontrate				5%	20%			VALUTAZIO NE POSITIVA I SAL		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	9	Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neoassunto neoassegnato	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato	1- Invio per l'informativa Sindacale entro il 30/09/2019 2- Diffusione infomazione applicazione entro il 31/10/2019					15%			VALUTAZIO NE POSITIVA I SAL		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto
	10	Favorire e migliorare l'integrazione multiprofessionale Infermiere - O.S.S.	1- Proposta e redazione di schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - Redazione di almeno n. 4 Schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2 - Documentare la formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - schede pratiche procedure prodotte entro il 30/09/2019; 2 - Verbale per almeno 2 riunioni di U.O. per Formazione, diffusione. Applicazione a livello di U.O. entro il 31/12/2019					15%			VALUTAZIO NE POSITIVA I SAL		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto
	11	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza: infezioni urinarie conseguenti al cateterismo vescicale	Revisione della letteratura relativamente alle procedure per la prevenzione delle infezioni di cui all'obiettivo entro il 15/10	Invio della revisione e della procedura alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Scientifica entro il 15/10 e formazione sul campo - diffusione entro il 31/12/2019	vedi indicatore					10%					obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto
	12	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza: infezioni da catetere da accesso vascolare	Revisione della letteratura relativamente alle procedure per la prevenzione delle ICA di cui all'obiettivo entro il 15/10	Invio della revisione e della procedura alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Scientifica entro il 15/10 , formazione sul campo - diffusione e report sui dati raccolti in merito alle infezioni entro il 31/01/2020	vedi indicatore					10%					obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																
	13	ArealRCCS-Ricerca corrente	Implementazione attività come da gantt di progetto	Report Direzione scientifica	entro 31/12/2019				5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
		Produzione scientifica	Stesura articoli scientifici	IFM	16,00	18,40	115%	100%	5%				VALUTAZIO NE POSITIVA I SAL		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%						

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

R3610300 - SOC UROLOGIA AN		Responsabile : Dr. Della Bella Direttore Dipartimento: dr. Della Bella		BUDGET 2019													
SETTORE		OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziaria	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci di reparto per giornata di degenza	15,84	13,08	117,44%	100%	5%	2,5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	2	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci di sala operatoria /valore della Produzione	0,74%	0,82%	88,85%	88,85%	5%	2,5%					obiettivo parzialmente raggiunto	obiettivo parzialmente raggiunto	
	3	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici di reparto per giornata di degenza	9,85	4,29	156,38%	100%	5%	2,5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	4	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici di sala operatoria/valore della produzione	8,8%	7,2%	118,06%	100%	5%	2,5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	5	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	2.791.299	2.625.473	94,06%	94,06%	15%						obiettivo parzialmente raggiunto	obiettivo parzialmente raggiunto	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	6	Miglioramento qualità assistenziale	Ampliamento dell'offerta uroginecologica attraverso l'apertura di un ambulatorio dedicato	Numero di slot da mettere a cup relativo a questo ambulatorio	10 slot a partire dal mese di novembre 2019				5%	10%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL documentazione completa		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	7	Miglioramento qualità assistenziale	Audit nei casi di reintervento (individuati dal Direttore di UO) con tutte le figure professionali interessate	Verbale dell'audit realizzato	vedi indicatore				10%				VALUTAZIONE POSITIVA I SAL documentazione completa		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	8	Appropriatezza delle prestazioni di laboratorio per interni	Riduzione delle richieste di laboratorio per interni, revisione dei protocolli e dei profili di laboratorio	Numero di prestazioni di laboratorio per interni nell'ultimo quadrimestre	-30% rispetto all'ultimo quadrimestre 2018	III QUADR 2018:7871 III QUADR 2019: 7679	100%	100%	5%				documentazione completa		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	9	Progetto certificazione	Messa in campo attività per l'adeguamento alla nuova normativa	Mantenimento certificazione	vedi indicatore soluzione alle non conformità riscontrate				5%	10%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL documentazione completa		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	10	Gestione dipartimentale delle liste operatorie	Analisi e studio per la realizzazione del progetto (per i soli codici A) al fine di avere da standard di tempo di attesa omogenei all'interno del Dipartimento	Progetto da inviare alla Direzione Generale	entro il 31/12/2019				5%				documentazione ricevuta il 27/12/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	11	Favorire e migliorare l'integrazione multiprofessionale Infermiere - O.S.S.	1- Proposta e redazione di schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - Redazione di almeno n. 4 Schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2 - Documentare la formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1- schede pratiche procedure prodotte entro il 30/09/2019; 2- Verbale per almeno 2 riunioni di U.O. per Formazione, diffusione. Applicazione a livello di U.O. entro il 31/12/2019					20%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL	obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto		
	12	Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neoassunto neoassegnato	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato	1- Invio per l'informativa Sindacale entro il 30/09/2019 2- Diffusione informazione applicazione entro il 31/10/2019					15%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL	obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto		
	13	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza: infezioni urinarie conseguenti al cateterismo vescicale	Revisione della letteratura relativamente alle procedure per la prevenzione delle infezioni di cui all'obiettivo entro il 15/10	Invio della revisione e della procedura alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Scientifica entro il 15/10 e formazione sul campo - diffusione entro il 31/12/2019	vedi indicatore					5%				obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni	obiettivo raggiunto		
	14	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza: infezioni da catetere da accesso vascolare	Revisione della letteratura relativamente alle procedure per la prevenzione delle ICA di cui all'obiettivo entro il 15/10	Invio della revisione e della procedura alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Scientifica entro il 15/10, formazione sul campo - diffusione e report sui dati raccolti in merito alle infezioni entro il 31/12/2019	vedi indicatore					10%				obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto		
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																	
	15	AreaIRCCS-Produzione Scientifica	Pubblicazioni su riviste con IF	IFM	10	28,25	283%	100%	5,0%				VALUTAZIONE POSITIVA I SAL		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	16	AreaIRCCS-Ricerca corrente	Implementazione attività come da gantt di progetto	Implementazione attività anno corrente in collaborazione con l'UO Prevenzione Tumori Prostatici	vedi indicatore				2,5%				VALUTAZIONE POSITIVA I SAL documentazione completa		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	17	Area IRCS5_Capacità di attrarre risorse	Gestione progetto Stars	Partecipazione all'implementazione	Report entro 31/12				2,5%				documentazione completa		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%							

R2410700 - CENTRO STUDI E RICERCHE ECONOMICO SOCIALI PER L'INVECCHIAMENTO		Responsabile: Dr. Lamura Direttore Dipartimento: dr. Mercante		BUDGET 2019											
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	1	Integrazione risorse istituzionali	Ricerca fondi c/o soggetti finanziatori attraverso la presentazione progetti per ottenimento di finanziamenti	Ottenimento finanziamenti certificata con comunicazione dell'ente finanziatore	80.000,00	750.645,00	938%	100%	20%	15%		Finanziamenti ottenuti per 750645,06 euro	Nel corso del 2019 il CRESI ha conseguito finanziamenti esterni pari ad un totale di circa 720.000 euro: 250.000 per il progetto AgeWell, 451.000 per il progetto CNaPIA, e 19.000 per lo studio regionale sulla non autosufficienza (vedi determine allegate di cui ai files 1.a, 1.b e 1.c).	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2	ArealRCCS-Capacità di attrarre risorse	partecipazione a bandi di ricerca a progetto	numero di proposte di progetti di ricerca presentate	almeno 5 proposte di progetto a committenza esterna			15%	15%			valutazione positiva per il I Sal documentazione e ricevuta	Sono state presentate 9 proposte (di cui è allegata la documentazione limitatamente alle prime cinque): Costs & incidence of informal care (2.a); Ancona.Care: reti sociali e digitali per l'invecchiamento collettivo (2.b); METIS: Patient-centered AI-based framework, supporting interventions for self-management and empowerment of chronically ill multimorbid older adult patients (2.c); Reconcile (2.d); mHealthWork (2.e); Longevity, capacità intrinseca e deterioramento cognitivo in ambiente agricolo e naturale: attualizzazione dei contesti nella logica dell'azione Montessoriana (Regione Marche); Age management in the company: workforce ageing as an asset (Fondazione Cariverona); Development of entrepreneurial competences of people over 55 (Erasmus+); Urban Horticulture and Well-being (UNITE - Open Call Collection OC-2019-1).	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)															
	3	Piramide dei ricercatori	Proposta di un core curriculum da sviluppare per i ricercatori piramidabili, compatibilmente con la pubblicazione del decreto ministeriale	Invio della proposta alla Direzione Scientifica	Entro il 31/10/2019			10%	15%			documentazione e ricevuta	La redazione del core curriculum dei ricercatori piramidabili afferenti all'unità operativa non è stata predisposta in quanto superata dall'evoluzione del decreto emanato in proposito (cfr. allegato 3).	obiettivo non valutabile per le motivazioni espresse dal Responsabile di UO e in considerazione della pubblicazione del decreto nel mese di dicembre.	obiettivo non valutabile
	4	Appropriatezza Ricoveri Dipartimento Post-Acuzie	Analisi dei determinanti socio-economici quali cause dei ricoveri inappropriati del Dipartimento Post acuzie	Definizione del modello di analisi	Entro il 30/11/2019			10%	15%			documentazione e ricevuta	Il modello di analisi è stato completato (vedi allegato 4).	obiettivo raggiunto, nonostante il mancato invio entro la data prevista dal valore obiettivo in considerazione del fatto che il modello di analisi non inficiava su procedure interne.	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder															
	5	ArealRCCS-Produzione Scientifica	produzione Scientifica	IFM	20,00	38,20	191%	100%	10%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	6	ArealRCCS-Ricerca corrente	Implementazione attività come da gantt di progetto	Implementazione attività anno corrente	vedi indicatore			10%	20%			documentazione e ricevuta	L'attività dei progetti di ricerca corrente è in corso di implementazione nel rispetto delle tempistiche previste (cfr. allegati 6.a-6.h).	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi													

R3611000 - SOC CLINICA DI MEDICINA INTERNA E GERIATRIA AN		Responsabile : Prof. Sarzani Direttore Dipartimento: Dr. Mercante		BUDGET 2019											
SETTORE		OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AL FINE DEL SISTEMA PREMIAnte	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci /valore della Produzione	4,16%	4,50%	91,90%	91,90%	10%	5%				Si accettano le motivazioni presentate dall'U.O. Si fa presente comunque che c'è stata una mancata segnalazione nei tempi previsti degli scostamenti nei consumi che avrebbe comportato il parziale raggiungimento dell'obiettivo.	obiettivo raggiunto
	2	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	3,83%	4,02%	95,27%	100%	10%	5%				obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)	3	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	2.877.665	2.855.279,30	99%	100,00%	15%				valutazione positiva per il I Sal	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	4	Amb. Medicina Interna e scompenso cardiaco	Implementazione attività ambulatorio	n. sedute settimanali 2019 vs 2018	Implementazione 1 seduta a sett. Con 1 prima visita 2 controlli				5,0%	10%			vedi risposta DAPO An	obiettivo raggiunto in considerazione del valore obiettivo	obiettivo raggiunto
	5	Amb. Medicina Interna e scompenso cardiaco	Prenotazione su agenda riservata PIC	Prenotazioni di "presa in carico" inserite direttamente nel sistema CUP su agenda riservata da parte del personale dell'ambulatorio	100% delle prenotazioni delle prestazioni "PIC" effettuate da parte del personale dell'ambulatorio				5,0%				valutazione positiva per il I Sal vedi risposta DAPO An	obiettivo raggiunto tenendo conto della dichiarazione della DAPO	obiettivo raggiunto
	6	Appropriatezza delle prestazioni di laboratorio per interni	Riduzione delle richieste di laboratorio per interni, revisione dei protocolli e dei profili di laboratorio	Numero di prestazioni di laboratorio per interni nell'ultimo quadrimestre	30% rispetto all'ultimo quadrimestre 2018	III QUADR 2018: 13385 III QUADR 2019: 11975			5%					obiettivo raggiunto come da valutazione del Cogest	obiettivo raggiunto
	7	Amb Pneumologia - Medicina Respiratoria	Rivalutazione post dimissione pazienti con BPCO riacutizzata-40%	Attuazione della presa in carico per tutti i pazienti affetti dalla patologia con dematerializzazione della prescrizione e prenotazione	Almeno il 90% delle ricette dematerializzate				5%	5%			vedi risposta DAPO An	obiettivo non valutabile dal momento che non è verificabile il numero totale delle ricette emesse e quello delle ricette dematerializzate in cui sia presente la diagnosi di BPCO.	obiettivo non valutabile
	8	Progetto certificazione	Messa in campo attività per l'adeguamento alla nuova normativa	Mantenimento certificazione	vedi indicatore soluzione alle non conformità riscontrate				2,5%	5%			valutazione positiva per il I Sal	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	9	Criteri di ingresso dei pazienti di CMI e Geriatria	Definizione della tipologia di ricoveri e dei criteri di ingresso per i pazienti	Redazione di un documento	Sottoscritto con DS e DMPO entro il 31/10/2019				5%				valutazione positiva per il I Sal Pervenuta documentazione in data 29/10/2019	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	10	DH oncologici	Ridefinizione dell'organizzazione del DH oncologico coerente con l'acquisizione dei farmaci da AADO Riuniti	Avvio dell'acquisto dei farmaci da Torrette	entro 30/09/2019				5%					obiettivo non valutabile per le motivazioni espresse dal Responsabile UoU	obiettivo non valutabile
	11	Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neossunto neassegnato	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato	1- invio per l'informativa Sindacale entro il 30/09/2019 2- Diffusione informazione applicazione entro il					15%			valutazione positiva per il I Sal	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	12	Implementazioni del Evidence based nursing per la prevenzione e gestione delle lesioni da decubito	revisione della letteratura dal punto di vista del nursing sulle plaghe da decubito, con focus sull'innovazione dal punto di vista gestionale e sviluppo dei trial su medicazioni avanzate	Redazione di un documento di revisione della letteratura	Entro il 15/10/2019					20%			Pervenuta documentazione in data 03/10/2019	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	13	Favorire e migliorare l'integrazione multiprofessionale Infermiere - O.S.S.	1- Proposta e redazione di schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1- Redazione di almeno n. 4 Schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Documentare la formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1- schede pratiche procedure prodotte entro il 30/09/2019; 2- Verbale per almeno 2 riunioni di U.O. per Formazione, diffusione. Applicazione a livello di U.O. entro il 31/12/2019					15%			valutazione positiva per il I Sal	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder															
	14	Area IRCCS-Produzione Scientifica	Publicazioni su riviste con IF	IFM	20,00	40,00	200%	100%	2,5%				valutazione positiva per il I Sal	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	15	Trial clinico internazionale in collaborazione con Medicina Nucleare AOOR AN e Neuroradiologia INRCA	Valutazione effetto di VALSARTAN/SACUBITRIL rispetto a Valsartan sulle funzioni cognitive nei pz con HFpEF	reclutamento di 3 pazienti con esecuzione visita + scale di valutazione, EE, RM encefalo e PET	partecipazione a studio internazionale				2,5%				valutazione positiva per il I Sal	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	16	Area IRCCS - Trial Clinici	Presentazione di uno studio clinico	Presentazione e approvazione di un nuovo studio clinico	Entro il 31/12/2019				2,5%				valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi															
		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi													

R3630500 - SOSO RESIDENZA SANITARIA RIABILITATIVA AP		Responsabile : Dr. Giannandrea Direttore Dipartimento: dr. Mercante			BUDGET 2019											
SETTORE		OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISOR SE AGGIU NTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZI ONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° Istanza
Economico- finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci /valore della Produzione	1,58%	1,23%	122,13%	100%	10%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	1,88%	1,82%	103,12%	100%	10%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	992.762	1.118.167,14	113%	100%	15%				valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	4	Dimissione protetta in uscita	Applicazione procedura per dimissione protetta in uscita	Compilazione e registrazione delle schede in cartella	Corrispondenza tra certificati e registrazione in cartella con controllo a campione della DMPO sul 5% delle cartelle				10%				valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5	Miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	Messa a punto di una istruzione operativa per la formazione, informazione assistenziale e riabilitativa del paziente e del care-giver . Azioni predisposte per garantire il percorso del paziente e la continuità assistenziale	applicazione dell'istruzione operativa ai pazienti e al care-giver durante la degenza e in fase di dimissione con compilazione di un questionario dedicato	attuazione dell'istruzione operativa con schede compilate per almeno il 70% dei pazienti individuati per la formazione come da istruzione.				10%	10%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	6	Dimissione a domicilio assistita	Miglioramento della procedura per dimissione a domicilio assistita	Miglioramento procedura attraverso la redazione di schede tecniche	Entro il 30/09/2019				15%	10%			valutazione positiva per il I Sal Pervenuta documentazione in data 23/10/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	7	Appropriatezza delle prestazioni di laboratorio per interni	Riduzione delle richieste di laboratorio per interni, revisione dei protocolli e dei profili di laboratorio	Numero di prestazioni di laboratorio per interni nell'ultimo quadrimestre	-30% rispetto all ultimo quadrimestre 2018	III QUADR 2018 :2073 III QUADR 2019: 1660			5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	8	Favorire e migliorare l'integrazione multiprofessionale Infermiere - O.S.S.	1- Proposta e redazione di schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Formazione,diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - Redazione di almeno n. 4 Schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2 - Documentare la formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - schede pratiche procedure prodotte entro il 30/09/2019; 2 - Verbale per almeno 2 riunioni di U.O. per Formazione, diffusione. Applicazione a livello di U.O. entro il 31/12/2019					25%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	9	Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neoassunto neassegnato	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato	1- invio per l'informativa Sindacale entro il 30/09/2019 2- Diffusione informazione applicazione entro il 31/10/2019					25%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	10	Implementazioni del Evidence based nursing per la prevenzione e gestione delle lesioni da decubito	revisione della letteratura dal punto di vista del nursing sulle piaghe da decubito, con focus sull'innovazione dal punto di vista gestionale e sviluppo dei trial su medicazioni avanzate	Redazione di un documento di revisione della letteratura	Entro il 15/10/2019										obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%						

R3611300 - SOSD DEGENZA POST-ACUZIE AN		Responsabile : Dr. Guidi Direttore Dipartimento: dr. Mercante		BUDGET 2019													
SETTORE		OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO A FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci /valore della Produzione	7,59%	6,63%	112,68%	100%	10%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	2	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	5,28%	4,86%	107,99%	100%	10%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	3	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	1.202.252	1.157.217,60	96%	100%	15%				valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	4	Miglioramento organizzativo per il processo interno "gestione delle richieste di ricovero provenienti dalle UO per acuti" basato su criteri di efficienza, appropriatezza e qualità	Implementazione della procedura relativa alla corretta gestione delle richieste di ricovero dalle UO per acuti, dopo condivisione con la DMP e le UU.OO. interessate	1) numero dei ricoveri appropriati sul totale dei pazienti ricoverati; 2) numero delle visite prericovero sul totale dei ricoveri effettuati; 3) numero delle richieste inappropriate sul totale delle richieste compilate; 4) numero dei pazienti non eleggibili al momento della visita di prericovero sul totale delle richieste di ricovero.	1) valore atteso pari al 90% ; 2) pari all' 90% ; 3) pari o inferiore al 10% 4) pari o inferiore al 10%. Per tutti gli indicatori si procederà a realizzare un report conclusivo che dovrà essere validato dalla Direzione Sanitaria e dalla DMPO				10%						obiettivo non valutabile dal momento che la DMPO non ha provveduto, come da numerose richieste del Responsabile di UO, la procedura nel SIS. Pertanto non è stato possibile attivare il percorso per responsabilità non riconducibili all'UO.	obiettivo non valutabile	
	5	Progetto certificazione	Messa in campo attività per l'adeguamento alla nuova normativa	Mantenimento certificazione	vedi indicatore soluzione alle non conformità riscontrate				10%				valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	6	Utilizzo dell'applicativo relativo al modello assistenziale di riferimento	Espletamento di attività legate alla sperimentazione/messa a punto dell'informatizzazione	1 - Partecipazione di almeno 2 unità (infermieri/coordinatori) al circolo qualità per la revisione dei contenuti nell'applicativo 2 - Sperimentazione Utilizzo	1 - entro il 30-9-19 2 - a partire dal 1-11-19					20%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	7	Appropriatezza delle prestazioni di laboratorio per interni	Riduzione delle richieste di laboratorio per interni, revisione dei protocolli e dei profili di laboratorio	Numero di prestazioni di laboratorio per interni nell'ultimo quadrimestre	-30% rispetto all'ultimo quadrimestre 2018	III QUADR 2018:2938 III QUADR 2019:2646			10%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	8	Favorire e migliorare l'integrazione multiprofessionale Infermiere - O.S.S	1- Proposta e redazione di schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - Redazione di almeno n. 4 Schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2 - Documentare la formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - schede pratiche procedure prodotte entro il 30/09/2019; 2 - Verbale per almeno 2 riunioni di U.O. per Formazione, diffusione. Applicazione a livello di U.O. entro il 31/12/2019					15%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	9	Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neoassunto neoassegnato	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato	1- Invio per l'informativa Sindacale entro il 30/09/2019 2- Diffusione informazione applicazione entro il 31/10/2019					15%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	10	Implementazioni del Evidence based nursing per la prevenzione e gestione delle lesioni da decubito	revisione della letteratura dal punto di vista del nursing sulle piaghe da decubito, con focus sull'innovazione dal punto di vista gestionale e sviluppo dei trial su medicazioni avanzate	Redazione di un documento di revisione della letteratura	Entro il 15/10/2019					20%			Pervenuta documentazione in data 03/10/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																	
	11	Medicina Narrativa in Geriatria	Progetto di Medicina Narrativa in Geriatria	presentazione di un progetto sulla medicina narrativa in geriatria utilizzando lo schema di RC	Presentazione del progetto da inviare alla Direzione Scientifica entro il 31/12/2019				10%				documentazione pervenuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%							

R3651800 - EMERGENZA URGENZA OSIMO		Responsabile : Dr. Pansoni Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli			BUDGET 2019											
SETTORE		OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUMITIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci /valore della Produzione	9,12%	6,11%	132,99%	100%	10%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	20,24%	18,75%	107,36%	100%	10%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	431.385	473.115,41	110%	100%	15%				valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	4	Implementazione e validazione dei Percorsi diagnostici delle UUOD dei Presidi di Ancona e Osimo	1)Formalizzazione dei percorsi 2)attivazione e monitoraggio dell'applicazione dei percorsi	1)Documento di formalizzazione dei percorsi. 2) Report di monitoraggio dell'applicazione dei percorsi	1) entro 31/10/2019 2) Report trimestrali a partire dal IV Trimestre				5,0%				valutazione positiva per il I Sal documentazione pervenuta il 30 e 31/10/2019 e report ricevuti il 22/01/2020		vista la documentata presentata, si ritiene l'obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5	Appropriatezza attività per applicazione di codice colore adeguato	Formazione interaziendale del personale dell'emergenza per Pronto Soccorso Osimo e PPI Geriatria AN	Percentuale di concordanza codice colore al triage e alla dimissione	≥ 80%	78,54%	98,18%	100%	5,0%	10%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	6	Miglioramento qualità assistenziale	Tempestività della risposta all'utente a seconda del codice di gravità assegnato al paziente	Percentuale di rispetto della tempestività della risposta per codice colore	100% codice rosso 85% codice giallo 50% codice verde				5,0%	10%			report inviato il 15/01/2020 per il mese di dicembre		vista la documentata presentata, si ritiene l'obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	7	Analisi attività Pronto Soccorso	Implementazione di un cruscotto di indicatori per il monitoraggio delle attività del Pronto Soccorso in condivisione con la DMPO del por Ancona	Implementazione del cruscotto e produzione di report periodici	Report mensile (15 gg dopo la fine del mese) a partire da ottobre 2019				5,0%				ricevuta mail di proposta indicatori il 20/11/2019		vista la documentata presentata, si ritiene l'obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	8	Miglioramento qualità assistenziale	Definizione dei criteri di appropriatezza sulla ventilazione non invasiva	Stesura di un protocollo condiviso all'interno del Dipartimento	Entro il 31/10/2019				5,0%				valutazione positiva per il I Sal documentazione pervenuta il 21/10/2019		vista la documentata presentata, si ritiene l'obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	9	Ricerca a progetto	Elaborazione di un progetto per il c.d. OBI di reparto	Elaborazione del progetto	Entro il 31/10/2019				2,5%				documentazione pervenuta il 30/10/2019		vista la documentata presentata, si ritiene l'obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	10	Trattamento del dolore	Protocollo di applicazione del trattamento del dolore in Triage	Elaborazione del protocollo di applicazione	Entro il 31/10/2019				5,0%				valutazione positiva per il I Sal documentazione pervenuta il 30/10/2019		vista la documentata presentata, si ritiene l'obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	11	Favorire e migliorare l'integrazione multiprofessionale Infermiere - O.S.S.	1- Proposta e redazione di schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - Redazione di almeno n. 4 Schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2 - Verbale per almeno 2 riunioni di U.O. per Formazione, diffusione. Applicazione a livello di U.O. entro il 31/12/2019	1 - schede pratiche procedure prodotte entro il 30/09/2019; 2 - Verbale per almeno 2 riunioni di U.O. per Formazione, diffusione. Applicazione a livello di U.O. entro il 31/12/2019					25%		valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto	
	12	Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neoassunto neoassegnato	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato	1- Invio per l'informativa Sindacale entro il 30 -9-2019 2- Diffusione informazione applicazione entro il 30-9-2019					25%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utente e stakeholder																
	13	ArealRCCS-Ricerca corrente	Ipotesi attività scientifica	Presentazione piano d'azione	report al 31/12				2,5%				documentazione ricevuta il 31/12/2019		Vista la documentazione presentata, si considera l'obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	14	attività scientifica	Reportistica su attività specifica individuata dalla Direzione Scientifica	Creazione di un database su attività specifica individuata dalla Dir. Scientifica	Invio Report con dati da inviare alla direzione scientifica al fine del loro utilizzo per pubblicazione scientifica o presentazione di un progetto di ricerca				5%						tenuto conto della mancata indicazione dell'attività da parte della Direzione Scientifica, si considera l'obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%						

R3651290 - PNEUMOLOGIA OSIMO		Responsabile : Dott.ssa Cecarini Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli		BUDGET 2019											
SETTORE	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	1 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci /valore della Produzione	3,19%	3,14%	101,63%	100%	10%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	4,08%	3,12%	123,51%	100%	10%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3 Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	1.600.557	1.520.140,60	95,0%	100,00%	15%				valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)															
	4 Vaccinazione antipneumococcica	Indicazione alla somministrazione della vaccinazione antipneumococcica nella popolazione a rischio	Presentazione proposta di riorganizzazione dell'attività di somministrazione a pz a rischio	entro 30/06/2019 da applicare nel II semestre 2019 in almeno l'80% dei pazienti eleggibili				10%	10%			documentazione ricevuta il 14/01/2020		Vista la documentazione presentata dal Responsabile dell'UO, si ritiene l'obiettivo non valutabile.	obiettivo non valutabile
	5 Terapia ventilatoria di lungo periodo	verifica compliance alla terapia ventilatoria nel lungo periodo in pz con OSAS in telemonitoraggio	Telemonitoraggio per un periodo maggiore uguale a sei mesi	Report sul telemonitoraggio da inviare entro il 31/12/2019				10%	10%			documentazione ricevuta il 14/01/2020		Vista la documentazione presentata dal Responsabile dell'UO, si ritiene l'obiettivo raggiunto.	obiettivo raggiunto
	6 implementazione e validazione dei Percorsi diagnostici delle UUO dei Presidi di Ancona e Osimo	1) Formalizzazione dei percorsi 2) attivazione e monitoraggio dell'applicazione dei percorsi	1) Documento di formalizzazione dei percorsi. 2) Report di monitoraggio dell'applicazione dei percorsi	1) entro 31/10/2019 2) Report trimestrali a partire dal IV Trimestre				10%				valutazione positiva per il I Sal documentazione pervenuta il 04/11/2019		Vista la documentazione presentata dal Responsabile dell'UO, si ritiene l'obiettivo raggiunto.	obiettivo raggiunto
	7 Miglioramento qualità assistenziale	Definizione dei criteri di appropriatezza sulla ventilazione non invasiva	Stesura di un protocollo condiviso all'interno del Dipartimento	entro il 31/10/2019				5%				valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta il 14/01/2020		Vista la documentazione presentata dal Responsabile dell'UO, si ritiene l'obiettivo raggiunto.	obiettivo raggiunto
	8 Favorire e migliorare l'integrazione multiprofessionale Infermiere - O.S.S.	1- Proposta e redazione di schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - Redazione di almeno n. 4 Schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2 - Verbale per almeno 2 riunioni di U.O. per Formazione, diffusione. Documentare la formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - schede pratiche procedure prodotte entro il 30/09/2019; 2 - Verbale per almeno 2 riunioni di U.O. per Formazione, diffusione. Applicazione a livello di U.O. entro il 31/12/2019					15%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto
	9 Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neosassunto neossegnato	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato	1- Invio per l'informativa Sindacale entro il 30/09/2019 2- Diffusione informazione applicazione entro il 31/10/2019					15%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto
	10 Corretto utilizzo dei farmaci per via inalatoria nei pazienti affetti da BPCO e/o Asma	Educazione/informazione del paziente tramite presa visione del materiale didattico illustrato dall'infermiere durante la fase di ammissione ospedaliera.	Percentuale di pazienti che migliorano la loro tecnica inalatoria rispetto all'ingresso, valutati mediante la scheda raccolta dati.	70%					20%					obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder															
	11 ArealRCCS-Ricerca corrente	Ipotesi attività scientifica	Presentazione piano d'azione	report al 31/12				5%				documentazione ricevuta il 14/01/2020		Vista la documentazione presentata dal Responsabile dell'UO, si ritiene l'obiettivo raggiunto.	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi															
		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%						

R36S1000 - MEDICINA GENERALE OSIMO	Responsabile : Dr. Burattini Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli			BUDGET 2019											
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARATO	RISORSI E AGGIUNTI	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE GR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	1 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci /valore della Produzione	5,77%	5,76%	100,20%	100%	10%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	2,58%	2,57%	100,25%	100%	10%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3 Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	3.350.630	3.304.810,95	99%	100%	15%				valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)															
	4 Vaccinazione antipneumococcica	Indicazione alla somministrazione della vaccinazione antipneumococcica nella popolazione a rischio	Presentazione proposta di riorganizzazione dell'attività di somministrazione a pz a rischio	entro 30/06/2019 da applicare nel II semestre 2019 in almeno l'80% dei pazienti eleggibili				5%				documentazione ricevuta il 20/01/2020		Vista la documentazione presentata dal Responsabile dell'UO, si ritiene l'obiettivo non valutabile.	obiettivo non valutabile
	5 Trattamento dello scompenso cardiaco	Implementazione dell'attività ambulatoriale per il trattamento del pz con scompenso cardiaco con relativa riduzione dei ricoveri	Numero slot settimanali per visite di presa in carico	5 a partire dal 1 aprile 2019				10%	10%			Relazione ricevuta il 22/01/2020		Preso visione dell'attestazione della DAPD, si considera l'obiettivo non raggiunto	obiettivo raggiunto
	6		Percentuale di slot effettivamente utilizzate	90%				5%	10%			Relazione ricevuta il 22/01/2020		Preso visione dell'attestazione della DAPD, si considera l'obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile
	7 implementazione e validazione dei Percorsi diagnostici delle UUOD dei Presidi di Ancona e Osimo	1) Formalizzazione dei percorsi 2) attivazione e monitoraggio dell'applicazione dei percorsi	1) Documento di formalizzazione dei percorsi. 2) Report di monitoraggio dell'applicazione dei percorsi	1) entro 31/10/2019 2) Report trimestrali a partire dal IV Trimestre				10%				valutazione positiva per il I Sal documentazione pervenuta il 30/10/2019 e 31/10/2019 Relazione ricevuta il 22/01/2020		Vista la documentazione presentata dal Responsabile dell'UO, si ritiene l'obiettivo raggiunto.	obiettivo raggiunto
	8 Miglioramento qualità assistenziale	Definizione dei criteri di appropriatezza sulla ventilazione non invasiva	Stesura di un protocollo condiviso all'interno del Dipartimento	entro il 31/10/2019				5%				valutazione positiva per il I Sal documentazione pervenuta il 21/10/2019		Vista la documentazione presentata dal Responsabile dell'UO, si ritiene l'obiettivo raggiunto.	obiettivo raggiunto
	9 Favorire e migliorare l'integrazione multiprofessionale infermiere - O.S.S.	1- Proposta e redazione di schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1- Redazione di almeno n. 4 Schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; Documentare la formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - schede pratiche procedure prodotte entro il 30/09/2019; 2 - Verbale per almeno 2 riunioni di U.O. per Formazione, diffusione. Applicazione a livello di U.O. entro il 31/12/2019					15%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto
	10 Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neassunto neassegnato	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato	1- invio per l'informativa Sindacale entro il 30/09/2019 2- Diffusione informazione applicazione entro il 31/10/2019					20%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto
	11 Autogestione del controllo glicemico e autosomministrazione della terapia insulinica del paziente diabetico al suo primo utilizzo	Dimostrazione device, addestramento all'iniezione sottocutanea (paz/caregiver). Prova monitoraggio glicemico e somministrazione, sotto la guida e la supervisione dell'infermiere. Revisione delle conoscenze pratiche e teoriche in possesso se paziente già utilizzatore di insulina.	Accertamento dell'avvenuta comprensione ed autonomia nella somministrazione di insulina, mediante check list educazionali (per l' addestramento) e check list osservazionali (per la valutazione)	100%					15%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder															
	12 AreaIRCCS-Ricerca corrente	Ipotesi attività scientifica	Presentazione piano d'azione	report al 31/12				5%				documentazione pervenuta il 22/01/2020		obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%						

R3613100 - SOSD NUTRIZIONE CLINICA AN	Responsabile : Dr. Orlandoni Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli			BUDGET 2019												
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIAANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE Cdr	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario	1 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci e Dietetici/valore della Produzione	14,13%	12,74%	109,84%	100%	10%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	2 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	3,22%	2,99%	107,31%	100%	10%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	3 Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale per esterni	2.808.103	2.854.562,90	101,65%	100%	5%				valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	4	Valutazione Nutrizionale presso UOC Clinica Geriatrica	Analisi di una giornata a campione dei pazienti ricoverati per valutare la presenza di malnutrizione	Redazione di un report sull'analisi svolta	Invio del report alla Direzione Sanitaria entro il 31/12/2019			10%	10%			valutazione positiva per il I Sal		vista la documentazione presentata, si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto	
	5	Valutazione Nutrizionale presso UOC Medicina Geriatrica	Analisi di una giornata a campione dei pazienti ricoverati per valutare la presenza di malnutrizione	Redazione di un report sull'analisi svolta	Invio del report alla Direzione Sanitaria entro il 31/12/2019			10%	10%			valutazione positiva per il I Sal		vista la documentazione presentata, si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto	
	6	Verifica percorso PEG presso il Presidio di Ancona	Numero di PEG eseguite nel 2019	Redazione di un report sull'attività svolta	Invio del report alla Direzione Sanitaria entro il 31/12/2019			10%				documentazione ricevuta il 20/12/2019		vista la documentazione presentata, si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto	
	7	Progetto certificazione	Messa in campo attività per l'adeguamento alla nuova normativa	Mantenimento certificazione	vedi indicatore soluzione alle non conformità riscontrate			10%				valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta il 20/12/2019		vista la documentazione presentata, si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto	
	8	Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neoassunto neassegnato	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato	1- Invio per l'informativa Sindacale entro il 30/09/2019 2- Diffusione informazione applicazione entro il 31/10/2019				15%			valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta il 20/12/2019		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto	
	9	Utilizzo dell'applicativo relativo al modello assistenziale di riferimento	Espletamento attività formativa al personale Infermieristico e sperimentazione	1- 40% personale di riferimento formato 2- Sperimentazione Utilizzo	1- entro il 30-9-19 2- a partire dal 1-10-19	2-			15%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto	
	10	Favorire e migliorare l'integrazione multiprofessionale Infermiere - O.S.S.	1- Proposta e redazione di schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1- Redazione di almeno n. 4 Schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Documentare la formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1- schede pratiche procedure prodotte entro il 30/09/2019; 2- Verbale per almeno 2 riunioni di U.O. per Formazione, diffusione. Applicazione a livello di U.O. entro il 31/12/2019				20%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																
	11	AreaIRCCS-Produzione Scientifica	Pubblicazioni su riviste con IF	IFM	6	3	50%		10%					vista l'attestazione presentata dalla Direzione Scientifica, si conferma il non raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo non raggiunto	
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 : Dr. Cherubini Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli		BUDGET 2019													
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE C&R	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA		
Economico-finanziario	1 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci /valore della Produzione	6,44%	5,42%	115,81%	100%	10%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	2 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	7,12%	6,42%	109,84%	100%	10%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	3 Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	3.398.787	3.491.879,06	103%	100%	15%				valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	4 implementazione percorso "delirium" IRCCS INRCA	definizione delle procedure operative, preparazione fase pilota nei due reparti di geriatria e neurologia	Manuale delle procedure operative, almeno 3 riunioni del gruppo di lavoro entro il 2019, formazione teorica con almeno 3 incontri accreditati ecm	vedi indicatore				2,5%				valutazione positiva per il I Sal		vista la documentazione presentata, si conferma il raggiungimento	obiettivo raggiunto		
	5 implementazione e validazione dei Percorsi diagnostici delle UUOD dei Presidi di Ancona e Osimo	1)formalizzazione dei percorsi 2)attivazione e monitoraggio dell'applicazione dei percorsi	1)Documento di formalizzazione dei percorsi. 2) Report di monitoraggio dell'applicazione dei percorsi	1) entro 31/10/2019 2) Report trimestrali a partire dal IV Trimestre				2,5%				valutazione positiva per il I Sal documentazione pervenuta il 15/10/2019		vista la documentazione presentata, si conferma il raggiungimento	obiettivo raggiunto		
	6 Approprietezza delle prestazioni di laboratorio per interni	Riduzione delle richieste di laboratorio per interni, revisione dei protocolli e dei profili di laboratorio	Numero di prestazioni di laboratorio per interni nell'ultimo quadrimestre	-30% rispetto all'ultimo quadrimestre 2018 (n.42.459)	III QUADR 2018: 56407 III QUADR 2019: 46117		100%	2,5%						tenuto conto della consuntivazione del Cogest, si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto		
	7 Criteri di ingresso dei pazienti di CMI e Geriatria	Definizione della tipologia di ricoveri e dei criteri di ingresso per i pazienti	Redazione di un documento	Sottoscritto con DS e DMPO entro il 31/10/2019				5%				valutazione positiva per il I Sal documentazione pervenuta il 29/10/2019		vista la documentazione presentata, si conferma il raggiungimento	obiettivo raggiunto		
	8 Analisi attività Punto di Primo Intervento	Implementazione di un cruscotto di indicatori per il monitoraggio delle attività del Punto di Primo Intervento in condivisione con la DMPO del por Ancona	Definizione del cruscotto	entro il 31/12/2019				2,5%						vista la documentazione presentata, si conferma il raggiungimento	obiettivo raggiunto		
	9 Criteri di ingresso dei ricoveri per demenza	Definizione dei criteri clinici all'ingresso del paziente per i ricoveri e attuazione di questi criteri	Definizione entro 31/10/2019	vedi indicatore				2,5%				valutazione positiva per il I Sal documentazione pervenuta il 29/10/2019		vista la documentazione presentata, si conferma il raggiungimento	obiettivo raggiunto		
	10 Trattamento del dolore	Protocollo di applicazione del trattamento del dolore in Triage	Elaborazione del protocollo di applicazione	entro il 31/10/2019				2,5%				documentazione pervenuta il 31/10/2019		vista la documentazione presentata, si conferma il raggiungimento	obiettivo raggiunto		
	11 Miglioramento qualità assistenziale	Definizione dei criteri di appropriatezza sulla ventilazione non invasiva	Stesura di un protocollo condiviso all'interno del Dipartimento	entro il 31/10/2019				5,0%				valutazione positiva per il I Sal documentazione pervenuta il 21/10/2019		vista la documentazione presentata, si conferma il raggiungimento	obiettivo raggiunto		
	12 Progetto certificazione	Messa in campo attività per l'adeguamento alla nuova normativa	Mantenimento certificazione	vedi indicatore soluzione alle non conformità riscontrate				2,5%	10%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	13 Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neassunto neassegnato	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato	1- Invio per l'informativa Sindacale entro il 30/09/2019 2- Diffusione informazione applicazione entro il 31/10/2019					25%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto		
	14 Favorire e migliorare l'integrazione multiprofessionale Infermiere - O.S.S.	1- Proposta e redazione di schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - Redazione di almeno n. 4 Schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2 - Documentare la formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - schede pratiche procedure prodotte entro il 30/09/2019; 2 - Verbale per almeno 2 riunioni di U.O. per Formazione, diffusione. Applicazione a livello di U.O. entro il 31/12/2019					25%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto		
	15 Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza: infezioni urinarie conseguenti al cateterismo vescicale	Revisione della letteratura relativamente alle procedure per la prevenzione delle infezioni di cui all'obiettivo entro il 15/10	Invio della revisione e della procedura alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Scientifica entro il 15/10 e formazione sul campo - diffusione entro il 31/12/2019	vedi indicatore					5%					obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto		
	16 Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza: infezioni da catetere da accesso vascolare	Revisione della letteratura relativamente alle procedure per la prevenzione delle ICA di cui all'obiettivo entro il 15/10	Invio della revisione e della procedura alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Scientifica entro il 15/10 e formazione sul campo - diffusione e report sui dati raccolti in merito alle infezioni entro il 31/01/2020	vedi indicatore					5%					obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto		
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																	
	17 ArealIRCCS-Produzione Scientifica	Publicazioni su riviste con IF	IFM	50,00	78,93	158%	100%	2,5%				valutazione positiva per il I Sal		vista l'attestazione della Direzione Scientifica, si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto		
	18 ArealIRCCS-Ricerca corrente	Implementazione attività come da gantt di progetto	Implementazione attività anno corrente	vedi indicatore				2,5%				valutazione positiva per il I Sal documentazione pervenuta		vista la documentazione presentata, si conferma il raggiungimento	obiettivo raggiunto		
	19 Ricerca Corrente	Coordinamento Linee di Ricerca	Partecipazione alla consuntivazione per la Ricerca Corrente anno 2018 e programmazione 2019 - Rete IRCCS invecchiamento	Presentazione reports - Presentazione programmazione				2,5%						vista la documentazione presentata, si conferma il raggiungimento	obiettivo raggiunto		
	20 ArealIRCCS-Capacità di operare in rete	Presentazione di un piano di sviluppo dei trial clinici	Presentazione del piano	Entro il 31/12				5,0%				si veda relazione bonfigli		vista la documentazione presentata, si conferma il raggiungimento	obiettivo raggiunto		
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%								

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

INRCA Allegati alla Determina 256 del 16/07/2020

R3610900 - SOC MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA AN															
Responsabile : Dr. Direttore Dipartimento: dr. Antoncelli		BUDGET 2019													
SETTORE	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE C&R	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	1 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci /valore della Produzione	0,08%	0,14%	29,80%	0,00%	10%	2,5%					vista la precisazione inviata dalla responsabile della UO, si ritiene l'obiettivo pienamente raggiunto	obiettivo raggiunto
	2 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	5,16%	5,33%	96,74%	100%	10%	2,5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3 Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	835.451	814.201,29	97%	100%	15%				valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)															
	4 implementazione e validazione dei Percorsi diagnostici delle UO dei Presidi di Ancona e Osimo	1) Formalizzazione dei percorsi 2) attivazione e monitoraggio dell'applicazione dei percorsi	1) Documento di formalizzazione dei percorsi. 2) Report di monitoraggio dell'applicazione dei percorsi			1) entro 31/10/2019 2) Report trimestrali a partire dal III Trimestre		10%				documentazione pervenut		vista la documentazione presentata, si conferma il raggiungimento	obiettivo raggiunto
	5 Progetto certificazione	Messa in campo attività per l'adeguamento alla nuova normativa	Mantenimento certificazione			vedi indicatore soluzione alle non conformità riscontrate		10%	25%			valutazione positiva per il I Sal		vista la documentazione presentata, si conferma il raggiungimento	obiettivo raggiunto
	6 miglioramento qualità dell'assistenza	Analisi dell'attuale situazione del Centro propedeutica alla sua riorganizzazione	Presentazione di una relazione alla Direzione Sanitaria			entro 31/12/2019		10%				documentazione pervenut		vista la documentazione presentata, si conferma il raggiungimento	obiettivo raggiunto
	7 Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neoassegnato	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato			1- Invio per l'informativa Sindacale entro il 30/09/2019 2- Diffusione informazione applicazione entro il 31/10/2019			25%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto
	8 Favorire e migliorare l'integrazione multiprofessionale Infermiere - O.S.S.	1- Proposta e redazione di schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali, 2- Formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1- Redazione di almeno n. 4 Schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali, 2- Documentare la formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.			1 - schede pratiche procedure prodotte entro il 30/09/2019; 2 - Verbale per almeno 2 riunioni di U.O. per Formazione, diffusione. Applicazione a livello di U.O. entro il 31/12/2019			25%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder															
	9 Area IRCCS- Ricerca a progetto	partecipazione al progetto GOOD	relazione sulla partecipazione da inviare alla Direzione Scientifica			Entro il 31/12		5,0%				documentazione pervenuta		vista la documentazione presentata, si conferma il raggiungimento	obiettivo raggiunto
	10 Area IRCCS-Produzione Scientifica	Pubblicazioni su riviste con IF	IFM	6,00	6,00	100%	100%	5,0%				valutazione positiva per il I Sal		vista la documentazione presentata, si conferma il raggiungimento	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi															
	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%						

R3610600 - SOC NEUROLOGIA/CENTRO ALZHEIMER / STROKE UNIT AN		Responsabile : Dr. Pellicioni Direttore Dipartimento dr. Antonicelli		BUDGET 2019													
SETTORE	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO A/FM DEL SISTEMA PREMIAnte	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CIR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA		
Economico-finanziario	1 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci /valore della Produzione	4,61%	3,83%	116,81%	100%	10%	2,5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	2 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	9,44%	6,22%	134,08%	100%	10%	2,5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	3 Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	2.456.537	2.371.318,95	97%	100%	15%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	4 Implementazione percorso "delirium"	Definizione procedure operative, avvio fase pilota nei due reparti geriatria e neurologia	3 riunioni quadrimestrali	vedi indicatore				2,5%				VALUTAZIONE POSITIVA I SAL documentazione completa		vista la documentazione presentata, si conferma il raggiungimento	obiettivo raggiunto		
	5 miglioramento della qualità dell'assistenza e dei processi assistenziali	raccolta delle schede somministrate pre -post intervento ai familiari dei pazienti in nutrizione enterale e questionario caregiver satisfaction (compilata dal caregiver prima della dimissione)	- numero di casi trattati e numero di schede di valutazione di apprendimento					5,0%	5%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL		vista la documentazione presentata, si conferma il raggiungimento	obiettivo raggiunto		
	6 Appropriatazza delle prestazioni di laboratorio per interni	Riduzione delle richieste di laboratorio per interni, revisione dei protocolli e dei profili di laboratorio	Numero di prestazioni di laboratorio per interni nell'ultimo quadrimestre	30% rispetto all'ultimo quadrimestre 2018 (n.11.177)	III QUADR 2018: 14678 III QUADR 2019:11918		100%	2,5%						tenuto conto della consuntivazione del Cages, si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto		
	7 Neuromodulazione Sacrale	Sviluppo della Neuromodulazione Sacrale	N. di procedure di neuromodulazione sacrale	Almeno 21 procedure nel 2019				2,5%				VALUTAZIONE POSITIVA I SAL		vista la documentazione presentata, si conferma il raggiungimento	obiettivo raggiunto		
	8 Presa in carico del paziente affetto da Alzheimer	Attività di formazione dei caregivers e presa in carico del paziente presso il Centro Diurno Alzheimer	Corso di formazione per caregivers	• almeno 2 corsi di formazione di almeno 3 incontri entro il 31-12-2019 • almeno 3 incontri di auto-mutuo aiuto • per un totale di almeno 20 caregiver				2,5%	10%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL		vista la documentazione presentata, si conferma il raggiungimento	obiettivo raggiunto		
	9 Miglioramento qualità assistenziale	Definizione dei criteri di appropriatezza sulla ventilazione non invasiva	Stesura di un protocollo condiviso all'interno del Dipartimento	entro il 31/10/2019				5,0%				VALUTAZIONE POSITIVA I SAL documentazione pervenuta il 21/10/2019		vista la documentazione presentata, si conferma il raggiungimento	obiettivo raggiunto		
	10 Progetto certificazione	Messa in campo attività per l'adeguamento alla nuova normativa	Mantenimento certificazione	vedi indicatore soluzione alle non conformità riscontrate				2,5%	10%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	11 Implementazione e validazione dei Percorsi diagnostici delle UUO dei Presidi di Ancona e Osimo	1)Formalizzazione dei percorsi 2)attivazione e monitoraggio dell'applicazione dei percorsi	1)Documento di formalizzazione dei percorsi. 2) Report di monitoraggio dell'applicazione dei percorsi	1) entro 31/10/2019 2) Report trimestrali a partire dal IV Trimestre				5,0%				VALUTAZIONE POSITIVA I SAL documentazione pervenuta il 30/09/2019		vista la documentazione presentata, si conferma il raggiungimento	obiettivo raggiunto		
	12 Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neosunto neossegnato	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato	1- Invio per l'informativa Sindacale entro il 30/09/2019 2- Diffusione informazione applicazione entro il 31/10/2019					10%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto		
	13 Utilizzo dell'applicativo relativo al modello assistenziale di riferimento	Espletamento di attività legate alla sperimentazione/messa a punto dell'informatizzazione	1 - Partecipazione di almeno 2 unità (infermieri/coordinatori) al circolo qualità per la revisione dei contenuti nell'applicativo 2 - Sperimentazione Utilizzo	1 - entro il 30-09-19 2 - a partire dal 01-11-19					10%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto		
	14 Favorire e migliorare l'integrazione multiprofessionale infermiere - O.S.S.	1- Proposta e redazione di schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Formazione,diffusione e applicazione a livello di U.O.	1- Redazione di almeno n. 4 Schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2 - Documentare la formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - schede pratiche procedure prodotte entro il 30/09/2019; 2 - Verbale per almeno 2 riunioni di U.O. per Formazione, diffusione. Applicazione a livello di U.O. entro il 31/12/2019					15%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto		
	15 Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza: infezioni urinarie conseguenti al cateterismo vescicale	Revisione della letteratura relativamente alle procedure per la prevenzione delle infezioni di cui all'obiettivo entro il 15/10	Invio della revisione e della procedura alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Scientifica entro il 15/10 e formazione sul campo - diffusione entro il 31/12/2019	vedi indicatore					5%					obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto		
	16 Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza: infezioni da catetere da accesso vascolare	Revisione della letteratura relativamente alle procedure per la prevenzione delle ICA di cui all'obiettivo entro il 15/10	Invio della revisione e della procedura alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Scientifica entro il 15/10, formazione sul campo - diffusione e report sui dati raccolti in merito alle infezioni entro il 31/01/2020	vedi indicatore					10%					obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto		
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																	
	17 AreaIRCCS-Produzione Scientifica	Pubblicazioni su riviste con IF	IFM		6,00	17,20	287%	100%	5,0%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL		vista la documentazione presentata, si conferma il raggiungimento	obiettivo raggiunto		
	18 AreaIRCCS-Ricerca corrente	Implementazione attività come da gantt di progetto	Implementazione attività anno corrente	vedi indicatore				2,5%						vista la documentazione presentata, si conferma il raggiungimento	obiettivo raggiunto		
	19 Ricerca a progetto	Partecipazione a progetti di ricerca dell'Istituto	Partecipazione attiva al progetto AIFA Interceptor	Relazione sullo stato dell'arte del progetto entro il 31/12/2019				2,5%						vista la documentazione presentata, si conferma il raggiungimento	obiettivo raggiunto		
	20 Riabilitazione virtuale	Sviluppo di un progetto in collaborazione con UO Riabilitazione per la riabilitazione neurologica attraverso l'utilizzo della tecnologia relativa alla riabilitazione virtuale	Elaborazione di un progetto di sviluppo da inviare alla direzione scientifica	Entro il 31/12				2,5%						vista la documentazione presentata, si conferma il raggiungimento	obiettivo raggiunto		
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%								

'R2410300 - SOC CENTRO NEUROLOGIA DELL'INVECCHIAMENTO AN		Responsabile : Prof. Conti Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli		BUDGET 2019												
SETTORE		OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	1	ArealRCCS-Capacità di attrarre risorse	Ricerca fondi c/o agenzie di finanziamento	Presentazione progetti	2,00	2,00	100%	100%	10%						vista la documentazione presentata dal Responsabile UO, l'obiettivo si considera raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	2	Attività assistenziale	Dos liquorali di Ab, tau e P-tau in pz con AD	Esami svolti su campioni ricevuti	100%				10%	20%			valutazione positiva per il I Sal		vista la documentazione presentata dal Responsabile UO, si considera l'obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3	Caratterizzazione di un modello murino INRCA di AD	Valutaz molec, morfol e comportamentale	Produzione di risultati	Report 30/11/19				10%	20%			valutazione positiva per il I Sal Report ricevuto il 27/11/2019		vista la documentazione presentata dal Responsabile UO, si considera l'obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	4	ArealRCCS-Produzione Scientifica	Invio articoli a riviste con IF	IF	25,00	39,80	159%	100%	20%	20%			valutazione positiva per il I Sal		Preso atto della consuntivazione dell'IF redatta dalla Direzione Scientifica, si considera l'obiettivo ampiamente raggiunto	obiettivo raggiunto
	5	Area IRCCS	Partecipazione Al gruppo di lavoro nazionale sul benessere animale	Relazione sul coinvolgimento dell'UO all'interno del gruppo di lavoro da inviare alla Direzione Scientifica	Entro il 31/12				15%	10%			valutazione positiva per il I Sal Relazione ricevuta il 06/12		vista la documentazione presentata dal Responsabile UO, si considera l'obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	6	ArealRCCS-Ricerca corrente	Partecipazione a progetti di ricerca dell'Istituto con UO Neurologia	Presentazione progetti	Entro il 31/12				10%	10%			documentazione ricevuta		vista la documentazione presentata dal Responsabile UO, si considera l'obiettivo non raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi																
		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%						

R3611100 - SOC NEFROLOGIA E DIALISI AN		Responsabile : Dr.ssa Lenci Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli		BUDGET 2019													
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CGR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA		
Economico-finanziario	1 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci /valore della Produzione	8,21%	7,28%	111,27%	100%	10%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	2 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	17,43%	13,13%	124,65%	100%	10%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	3 Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	2.322.183	2.424.335,75	104%	100%	15%				valutazione positiva per il Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	4 Sviluppo della Telemedicina in area nefrologica*	Organizzazione ed attivazione del Servizio di Telefarmacia in accordo con il Gruppo di Lavoro d'Istituto	Inserimento di almeno n. 2 pazienti nel programma di teleassistenza, previo acquisto del Kit di telemedicina già richiesto del valore di 11.200 euro.					10%						obiettivo non valutabile viste le motivazioni addotte	obiettivo non valutabile		
	5 Incremento attività ambulatorio nefrologia presso struttura Osimo	Aumento delle visite ambulatoriali presso la struttura di Osimo da 4 a 7 visite/CUP mantenendo due accessi mensili, più attività di consulenza e visite urgenti.	Aumento degli slot presso CUP (da 4 a 7)	entro 30/06/2019				5%				valutazione positiva per il Sal		obiettivo raggiunto presa visione anche della dichiarazione della DAPO	obiettivo raggiunto		
	6 Implementazione e validazione dei Percorsi diagnostici delle UUOD dei Presidi di Ancona e Osimo	1) Formalizzazione dei percorsi 2) attivazione e monitoraggio dell'applicazione dei percorsi	1) Documento di formalizzazione dei percorsi. 2) Report di monitoraggio dell'applicazione dei percorsi	1) entro 31/10/2019 2) Report trimestrali a partire dal IV Trimestre				5%				valutazione positiva per il Sal documentazione pervenuta il 31/10/2019 - manca il report del IV trimestre		vista la documentazione presentata, si conferma il raggiungimento	obiettivo raggiunto		
	7 Appropriatazza delle prestazioni di laboratorio per interni	Riduzione delle richieste di laboratorio per interni, revisione dei protocolli e dei profili di laboratorio	Numero di prestazioni di laboratorio per interni nell'ultimo quadrimestre	-30% rispetto all'ultimo quadrimestre 2018	III QUADR 2018: 3036 III QUADR 2019: 2193			5%						tenuto conto della consuntivazione del Cogest, si conferma il raggiungimento dell'obiettivo	obiettivo raggiunto		
	8 Progetto certificazione	Messa in campo attività per l'adeguamento alla nuova normativa	Mantenimento certificazione	vedi indicatore soluzione alle non conformità riscontrate				5%	20%			valutazione positiva per il Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	9 Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neassunto neassegnato	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato		1- Invio per l'informativa Sindacale entro il 30/09/2019 2- Diffusione informazione applicazione entro il 31/10/2019				15%			valutazione positiva per il Sal		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto		
	10 Utilizzo dell'applicativo relativo al modello assistenziale di riferimento	Espletamento attività formativa al personale infermieristico e sperimentazione	1 - 40% personale di riferimento formato 2 - Sperimentazione Utilizzo	1- entro il 30-9-19 a partire dal 1-10-19	2 -				10%			valutazione positiva per il Sal		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni	obiettivo raggiunto		
	11 Favorire e migliorare l'integrazione multiprofessionale Infermiere - O.S.S.	1- Proposta e redazione di schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - Redazione di almeno n. 4 Schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2 - Documentare la formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - schede pratiche procedure prodotte entro il 30/09/2019; 2 - Verbale per almeno 2 riunioni di U.O. per Formazione, diffusione. Applicazione a livello di U.O. entro il 31/12/2019					15%			valutazione positiva per il Sal		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto		
	12 Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza: infezioni urinarie conseguenti al cateterismo vescicale	Revisione della letteratura relativamente alle procedure per la prevenzione delle infezioni di cui all'obiettivo entro il 15/10	Invio della revisione e della procedura alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Scientifica entro il 15/10 e formazione sul campo - diffusione entro il 31/12/2019		vedi indicatore				5%					obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto		
	13 Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza: infezioni da catetere da accesso vascolare	Revisione della letteratura relativamente alle procedure per la prevenzione delle ICA di cui all'obiettivo entro il 15/10	Invio della revisione e della procedura alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Scientifica entro il 15/10, formazione sul campo - diffusione e report sui dati raccolti in merito alle infezioni entro il 31/01/2020		vedi indicatore				5%					obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto		
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																	
	14 Area IRCCS-Produzione Scientifica	Pubblicazioni su riviste con IF	IFM	6,00	2,00	33%	0%	5%						sentiti anche i rilievi della dr.ssa Lenci, si considera l'obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto		
	15 Area IRCCS-Ricerca corrente	Presentazione progetto	Implementazione attività anno corrente	Report stato di avanzamento entro il 31/12				5%				valutazione positiva per il Sal		Vista la documentazione, si considera l'obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							0,25	0,20								

R3610100 - SOC CARDIOLOGIA/UTIC/TELECARD IOLOGIA AN		Responsabile : Dr. Antonicelli Direttore Dipartimento: dr. Antonicelli		BUDGET 2019													
SETTORE		OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VAL ENZ A BIE NN ALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZ IONE Cdr	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci /valore della Produzione	2,49%	2,07%	116,62%	100%	10%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	2	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	13,54%	14,26%	95%	95%	10%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	3	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	3.818.240	3.938.374,30	103%	100%	15%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	4	implementazione e validazione dei Percorsi diagnostici delle UUOO dei Presidi di Ancona e Osimo	1)Formalizzazione dei percorsi 2)attivazione e monitoraggio dell'applicazione dei percorsi	1)Documento di formalizzazione dei percorsi. 2) Report di monitoraggio dell'applicazione dei percorsi	1) entro 31/10/2019 2) Report trimestrali a partire dal IV Trimestre				10%				VALUTAZIONE POSITIVA I SAL documentazione pervenuta il 09/10/2019 e 30/10/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	5	Trattamento della cardiopatia ischemica	ridefinizione dei percorsi diagnostici per cardiopatia ischemica relativamente a angiografia, cardio ct, scintigrafia miocardica	Elaborazione del percorso diagnostico	entro 31/10/2019				5%				VALUTAZIONE POSITIVA I SAL documentazione pervenuta il 28/10/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	6	Appropriatezza delle prestazioni di laboratorio per interni	Riduzione delle richieste di laboratorio per interni, revisione dei protocolli e dei profili di laboratorio	Numero di prestazioni di laboratorio per interni nell'ultimo quadrimestre	-30% rispetto all'ultimo quadrimestre 2018	III QUADR 2018: 14812 III QUADR 2019: 13062		100%	5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	7	Miglioramento qualità assistenziale	Definizione dei criteri di appropriatezza sulla ventilazione non invasiva	Stesura di un protocollo condiviso all'interno del Dipartimento	entro il 31/10/2019				5,0%				VALUTAZIONE POSITIVA I SAL documentazione pervenuta il 21/10/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	8	Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neoassunto neassegnato	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato	1- Invio per l'informativa Sindacale entro il 30/09/2019 2- Diffusione informazione applicazione entro il 31/10/2019					10%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto	
	9	Utilizzo dell'applicativo relativo al modello assistenziale di riferimento	Espletamento di attività legate alla sperimentazione/messa a punto dell'informatizzazione	1 - Partecipazione di almeno 2 unità (infermieri/coordinatori) al circolo qualità per la revisione dei contenuti nell'applicativo 2 - Sperimentazione Utilizzo	1 - entro il 30-9-19 2 - a partire dal 1-11-19					15%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto	
	10	Favorire e migliorare l'integrazione multiprofessionale Infermiere - O.S.S.	1- Proposta e redazione di schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - Redazione di almeno n. 4 Schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2 - Documentare la formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - schede pratiche procedure prodotte entro il 30/09/2019; 2 - Verbale per almeno 2 riunioni di U.O. per Formazione, diffusione. Applicazione a livello di U.O. entro il 31/12/2019					10%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto	
	11	Progetto certificazione	Messa in campo attività per l'adeguamento alla nuova normativa	Mantenimento certificazione	vedi indicatore soluzione alle non conformità riscontrate				5,0%	20%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	12	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza: infezioni urinarie conseguenti al cateterismo vescicale	Revisione della letteratura relativamente alle procedure per la prevenzione delle infezioni di cui all'obiettivo entro il 15/10	Invio della revisione e della procedura alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Scientifica entro il 15/10 e formazione sul campo - diffusione entro il 31/12/2019	vedi indicatore					5%					obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto	
	13	Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza: infezioni da catetere da accesso vascolare	Revisione della letteratura relativamente alle procedure per la prevenzione delle ICA di cui all'obiettivo entro il 15/10	Invio della revisione e della procedura alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Scientifica entro il 15/10, formazione sul campo - diffusione e report sui dati raccolti in merito alle infezioni entro il 31/01/2020	vedi indicatore					10%					obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																	
	14	ArealRCCS-Produzione Scientifica	Pubblicazioni su riviste con IF	IFM		6,00	10,00	167%	100%	5,0%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	15	Ricerca a progetto	progetto Print Age	Conclusione delle attività a progetto	Conclusione attività come da gantt di progetto entro il 31/01/2020 con rendicontazione finale				2,5%				VALUTAZIONE POSITIVA I SAL		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	16	ArealRCCS-Capacità di operare in rete	Presentazione di un trial clinico	Presentazione protocollo al Comitato etico	Entro il 31/12				2,5%				VALUTAZIONE POSITIVA I SAL documentazione pervenuta il 28/12/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%							

R3620100 - SOSD CARDIOLOGIA RIABILITATIVA FM		Responsabile : Dr. Marini Direttore Dipartimento: dr. Postacchini		BUDGET 2019													
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA			
Economico-finanziario	1 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci /valore della Produzione A LIVELLO DIPARTIMENTALE	2,90%	2,29%	121,00%	100%	10%	5%				obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto			
	2 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione A LIVELLO DIPARTIMENTALE	1,92%	2,17%	87,01%	87,01%	10%	5%				L'obt si considera raggiunto poiché si riconoscono che le motivazioni adottate dal Responsabile di CDR siano congruenti. In effetti la presenza di un maggior numero di Broncopolmoniti, Clostridium difficile, Lesioni da decubito comportano sicuramente un incremento dei costi dei presidi senza generare equivalenti incrementi nei ricavi essendo non modificato il DRG corrispondente.	obiettivo raggiunto			
	3 Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	338.640	249.362	74%	73,64%	15%					obiettivo parzialmente raggiunto	obiettivo parzialmente raggiunto			
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	4 miglioramento dei percorsi assistenziali	aggiornamento P.O. Accettazione pazienti in U.O. Cardiologia Riabilitativa	P.O. Accettazione pazienti interni aggiornata	entro il 31/10				5%				valutazione positiva per il I Sal Documentazione pervenuta in data 29/10/2019	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto			
	5 miglioramento dei percorsi assistenziali	aggiornamento P.O. Accettazione pazienti ambulatoriali per riabilitazione cardiologica	P.O. Accettazione pazienti ambulatoriali per riabilitazione cardiologica aggiornata	entro il 31/10				10%				valutazione positiva per il I Sal Documentazione pervenuta in data 29/10/2019	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto			
	6 Prevenzione secondaria e terziaria	creazione e diffusione in video di filmati di educazione sanitaria destinata ai pazienti ambulatoriali interni ed esterni di cardiologia riabilitativa	creazione e diffusione in video di filmati di educazione sanitaria destinata ai pazienti ambulatoriali interni ed esterni di cardiologia riabilitativa	messaggio in onda dei filmati all'interno del POR Fermo dopo la validazione della Direzione Sanitaria e DMPO AN entro 30/11				5%				documentazione ricevuta	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto			
	7 Percorso farmaco, dall'approvvigionamento alla somministrazione	Ridefinizione del percorso farmaco, dall'approvvigionamento alla somministrazione	Elaborazione del percorso da inviare alla DMPO e alla Direzione Sanitaria	entro il 15/09				5%	20%			valutazione positiva per il I Sal Documentazione pervenuta in data 20/09/2019	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto			
	8 certificazione	messaggio a punto delle azioni volte a sanare le non-conformità riscontrate dall'ente certificatore	assenza di non conformità alla rilevazione dell'ente certificatore attuazione della soluzione di eventuali non conformità	entro il 31 agosto e valutazione positiva dal parte dell'auditor interno				5%				valutazione positiva per il I Sal	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto			
	9 Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neoassunto neoassegnato	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato	1- Invio per l'informativa Sindacale entro il 30 -9-2019 2- Diffusione informazione applicazione entro il 31-10-2019					15%			valutazione positiva per il I Sal	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto			
	10 Favorire e migliorare l'integrazione multiprofessionale Infermiere - O.S.S.	1- Proposta e redazione di schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Documentare la formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1- Redazione di almeno n. 4 Schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Documentare la formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1- schede pratiche procedure prodotte entro il 30/09/2019; 2- Verbale per almeno 2 riunioni di U.O. per Formazione, diffusione. Applicazione a livello di U.O. entro il 31/12/2019					20%			valutazione positiva per il I Sal	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto			
	11 Implementazioni del Evidence based nursing per la prevenzione e gestione delle lesioni da decubito avanzate	revisione della letteratura dal punto di vista del nursing sulle piaghe da decubito, con focus sull'innovazione dal punto di vista gestionale e sviluppo dei trial su medicazioni avanzate	Redazione di un documento di revisione della letteratura	Entro il 30/09/2019					15%				obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto			
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																	
	12 Attività a progetto	Collaborazione con Direzione Scientifica nell'ambito del progetto Report-Age CV	Arruolamento pazienti	Almeno 20 entro il 31/12				10%				valutazione positiva per il I Sal nessuna documentazione	obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto			
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%			valutazione positiva per il I Sal					

R3620700 - SOC RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE FM		Responsabile : Dr. Scandoni Direttore Dipartimento: dr. Postacchini		BUDGET 2019												
SETTORE		OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AL FINE DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CIR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziaria	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci /valore della Produzione A LIVELLO DIPARTIMENTALE	2,90%	2,29%	121,00%	100%	5%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci Biologici	140.000,00	116.112,90	121%	100%	10%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione A LIVELLO DIPARTIMENTALE	1,92%	2,17%	87,01%	87,01%	5%	5%					L'obt si considera raggiunto poiché si riconoscono che le motivazioni addotte dal Responsabile di CIR siano congruenti. In effetti la presenza di un maggior numero di Broncopolmoniti, Clostridium difficile, Lesioni da decubito comportano sicuramente un incremento dei costi dei presidi senza generare equivalenti incrementi nei ricavi essendo non modificato il DRG corrispondente.	obiettivo raggiunto
	4	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	1.611.416	1.433.635	88,97%	88,97%	15%				valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto in quanto si è tenuto conto della situazione oggettiva di carenza di personale infermieristico e fisioterapico che ha comportato una riduzione dei Posti letto del Reparto e una diminuzione dell'intera attività dell'UO	obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	5	Sviluppo attività ricovero di eccellenza	Ricoveri di pazienti con osteoporosi severa	N° di pazienti ricoverati	10				15%				valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	6	certificazione	messa a punto delle azioni volte a sanare le non-conformità riscontrate dell'ente certificatore	assenza di non conformità alla rilevazione dell'ente certificatore attuazione della soluzione di eventuali non conformità	entro il 31 agosto e valutazione positiva dal parte dell'auditor interno				5%				valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	7	Trattamento pazienti con osteoporosi	elaborazione di un modello di consenso informato specifico per il trattamento dei pazienti con osteoporosi	Elaborazione modello	entro il 31 ottobre				10%				valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	8	Percorso farmaco, dall'approvvigionamento alla somministrazione	Ridefinizione del percorso farmaco, dall'approvvigionamento alla somministrazione	Elaborazione del percorso da inviare alla DMPO e alla Direzione Sanitaria	entro il 15/09					10%			valutazione positiva per il I Sal Documentazione pervenuta in data 20/09/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	9	Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neoadassunto neassegnato	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato	1- Invio per l'informativa Sindacale entro il 30 -9-2019 2- Diffusione informazione applicazione entro il 31-10-2019					25%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	10	Favorire e migliorare l'integrazione multiprofessionale Infermiere - O.S.S.	1- Proposta e redazione di schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1- Redazione di almeno n. 4 Schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Verbale per almeno 2 riunioni di U.O. per Formazione, diffusione. Applicazione a livello di U.O. entro il 31/12/2019						25%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	11	Implementazioni del Evidence based nursing per la prevenzione e gestione delle lesioni da decubito	revisione della letteratura dal punto di vista del nursing sulle piaghe da decubito, con focus sull'innovazione dal punto di vista gestionale e sviluppo dei trial su medicazioni avanzate	Redazione di un documento di revisione della letteratura	Entro il 30/09/2019					10%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																
	12	Attività scientifica	Produzione Scientifica	Publicazioni su riviste scientifiche impattate	4 Punti di IF	12,00	300%	100%	10%				valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi														
									25%	20%						

R3620800 - SOSP PERCORSI CLINICI INTEGR DERMATOLOG CON AV E TERRIT. FM		Responsabile : Dr. Morresi Direttore Dipartimento: dr. Postacchini		BUDGET 2019											
SETTORE	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE C&R	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
<i>Economico-finanziario</i>															
	1 Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	38.456	42.850	111%	100%	25%				valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
<i>Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)</i>															
	2 Percorso Mici	Slot dedicati per pazienti affetti da Mici	Slot settimanali per pz affetti da Mici	Almeno 2 slot settimanali come da report dell'UO				10%				valutazione positiva per il I Sal valore consuntivo dichiarato nella relazione Obiettivi		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3 Percorso Psoriasi	Slot dedicati per pazienti affetti da Psoriasi	Slot settimanali per PIC Psoriasi	Almeno 2 slot settimanali come da report dell'UO				10%				valutazione positiva per il I Sal valore consuntivo dichiarato nella relazione Obiettivi		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	4 Integrazione con il Territorio	Educazione Sanitaria Diffusione del Servizio, Diffusione Brand INRCA nella scuola primaria dell'AV5	Corsi di formazione dedicati ad alunni della classe IV della scuola primaria sulla "Educazione Dermatologica"	Almeno 3 corsi di formazione entro il 31/12/2019				10%				valutazione positiva per il I Sal 3 incontri 17-24-31/10/2019 documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5 Integrazione con il Territorio	Protocollo di intesa con AV4 per utilizzo delle sale operatorie dell'ospedale Murri per attività di microchirurgia ospedaliera	Protocollo di intesa e avvio attività chirurgica	avvio attività entro 15 gg dalla stipula del protocollo di intesa				10%						obiettivo non valutabile tenendo conto che il protocollo di intesa doveva essere preso in carico e stipulato dalla Direzione.	obiettivo non valutabile
	6 certificazione	messa a punto delle azioni volte a sanare le non-conformità riscontrate dall'ente certificatore	assenza di non conformità alla rilevazione dell'ente certificatore attuazione della soluzione di eventuali non conformità	entro il 31 agosto e valutazione positiva dal parte dell'auditor interno				10%				valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
<i>Prospettiva dell'utenza e stakeholder</i>															
<i>Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi</i>		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%						

R3620500 - SOC GERIATRIA FM		Responsabile : Dr. Postacchini Direttore Dipartimento: dr. Postacchini			BUDGET 2019													
SETTORE		OGGETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIAnte	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CDR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA		
Economico-finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci /valore della Produzione A LIVELLO DIPARTIMENTALE	2,90%	2,29%	121,00%	100%	10%	5%					obit raggiunto	obiettivo raggiunto		
	2	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione A LIVELLO DIPARTIMENTALE	1,92%	2,17%	87,01%	87,01%	10%	5%					L'obit si considera raggiunto poiché si riconoscono che le motivazioni adottate dal Responsabile di CDR siano congruenti. In effetti la presenza di un maggior numero di Broncopneumoniti, Clostridium difficile, Lesioni da decubito comportano sicuramente un incremento dei costi dei presidi senza generare equivalenti incrementi nei ricavi essendo non modificato il DRG corrispondente.	obiettivo raggiunto		
	3	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	2.587.714	2.666.333	103%	100%	15%				valutazione positiva per il I Sal		obit raggiunto	obiettivo raggiunto		
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																		
	4	Integrazione INRCA-ASUR	Integrazione attività con Area Vasta 4	attività ai CDCD integrato di Montegrano	report delle attività CDCD di Montegrano entro il 31/12				2,5%				valutazione positiva per il I Sal		obit raggiunto	obiettivo raggiunto		
	5	Miglioramento Continuità assistenziale (innovazione nelle procedure assistenziali e per l'appropriatezza diagnostica terapeutica) Piano Nazionale e regionale demenze	Procedure integrate di gestione dei pazienti anziani complessi	Attività sulla gestione dei pazienti con delirium (INRCA Ancona e Fermo)	Partecipazione agli incontri dei gruppi di lavoro sul delirium (almeno tre incontri al 31/12)				2,5%	5%			valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obit raggiunto	obiettivo raggiunto		
	6	Piano Nazionale e regionale demenze	Attività di implementazione del piano nazionale e regionale demenze secondo i criteri indicati in ambito di Conferenza Stato Regioni (30/10/2014)	Mantenimento delle attività verso il caregiver mantenimento attività sui gruppi di aiuto mutuo aiuto per i caregiver degli anziani fragili e dementi- (innovativo per il CDCD integrato)	Invio report attività entro il 31/12				5,0%				documentazione ricevuta		obit raggiunto	obiettivo raggiunto		
	7	Integrazione INRCA-ASUR	Integrazione attività con AV 4	trasferimento UOC geriatrica all'Ospedale Civile di Fermo	Report su inizio delle Attività Presso l'OC Fermo Entro il 31/12				5%				valutazione positiva per il I Sal nessuna documentazione		obit raggiunto	obiettivo raggiunto		
	8	Miglioramento Continuità assistenziale (innovazione nelle procedure assistenziali e per l'appropriatezza diagnostica terapeutica)	Identificazione pazienti end stage con indicazione nella lettera di dimissione delle cure palliative laddove necessario	Lettera di dimissione da presentare al MMG con specifica indicazione delle cure palliative	Continuazioni attività 2018 con controllo a campione su 20 lettere di dimissione				5%				documentazione ricevuta		obit raggiunto	obiettivo raggiunto		
	9	Miglioramento Continuità assistenziale (innovazione nelle procedure assistenziali e per l'appropriatezza diagnostica terapeutica)	Attivazione procedura "riattivazione motoria e sorveglianza"	coinvolgimento con condivisione con caregiver alla sorveglianza dei pazienti riattivati	inizio attività di condivisione con controllo a campione su 20 CC delle schede di condivisione con il caregiver				5%				documentazione ricevuta, firme 1 incontro		obit raggiunto	obiettivo raggiunto		
	10	Piano Nazionale e regionale demenze	Attività di implementazione del piano nazionale e regionale demenze secondo i criteri indicati in ambito di Conferenza Stato Regioni (30/10/2014)	Mantenimento delle attività verso il caregiver attività di training , tecniche di riallascio e strategie di coping per caregiver degli anziani fragili e dementi (innovativo per il CDCD integrato)	Invio report attività entro il 31/12				5%				valutazione positiva per il I Sal		non valutabile perché sovrapposibile all'obit 6 e inserito per errore materiale. Il peso sarà riattribuito all'obit 6	obiettivo non valutabile		
	11	Percorso farmaco, dall'approvvigionamento alla somministrazione	Ridefinizione del percorso farmaco, dall'approvvigionamento alla somministrazione	Elaborazione del percorso da inviare alla DMPO e alla Direzione Sanitaria	entro il 15/09					5%			valutazione positiva per il I Sal Documentazione pervenuta in data 20/09/2019		obit raggiunto	obiettivo raggiunto		
	12	Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neassunto neassegnato	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato	1- Invio per l'informativa Sindacale entro il 30 -9-2019 2- Diffusione informazione applicazione entro il 31-10-2019					15%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto		
	13	Favorire e migliorare l'integrazione multiprofessionale infermiere - O.S.S.	1- Proposta e redazione di schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - Redazione di almeno n. 4 Schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2 - Documentare la formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - schede pratiche procedure prodotte entro il 30/09/2019; 2 - Verbale per almeno 2 riunioni di U.O. per Formazione, diffusione. Applicazione a livello di U.O. entro il 31/12/2019					15%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto		
	14	Utilizzo dell'applicativo relativo al modello assistenziale di riferimento	Espletamento attività formativa al personale infermieristico e sperimentazione	1 - 40% personale di riferimento formato 2 - Sperimentazione Utilizzo	1 - entro il 30-9-19 a partire dal 1-10-19 2 -					20%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto		
	15	Implementazioni del Evidence based nursing per la prevenzione e gestione delle lesioni da decubito	revisione della letteratura dal punto di vista del nursing sulle plaghe da decubito, con focus sull'innovazione dal punto di vista gestionale e sviluppo dei trial su medicazioni avanzate	Redazione di un documento di revisione della letteratura	Entro il 30/09/2019					10%					obiettivo raggiunto come da documentazione presente nella cartella obiettivi comuni comparto	obiettivo raggiunto		
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																		
	16	AreaIRCCS-Capacità di attrarre risorse	Gestione progetto	avvio del progetto finalizzato ministeriale STRENGTH	report di avvio				5,0%				valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
	17	AreaIRCCS-Produzione Scientifica	Publicazioni su riviste con IF	IFM	10,00	5,00	50%	0%	2,5%						obiettivo non raggiunto	obiettivo non raggiunto		
	18	AreaIRCCS-Capacità di attrarre risorse	Gestione progetto	prosecuzione nello studio SCOPE svolgimento del progetto in termini di valutazione nelle fasi di follow-up	report attività scope				2,5%				valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto		
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%								

R2410600 - SOC CENTRO PATOLOGIA CLINICA E TERAPIA INNOVATIVA AN		Responsabile : Dott. Mercante Direttore Dipartimento: Prof. Procopio		BUDGET 2019											
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario															
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)															
	1 Miglioramento della qualità assistenziale	Attivazione della proposta "laboratorista di reparto" presentata nell'anno 2018	Attivazione sperimentale del servizio a partire dal mese di Aprile, 2019	Discussione di almeno 100 casi clinici				20%	15%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder	2 Diagnostica	Implementazione dell'attività diagnostica del centro	Dosaggio plasmatico di molecole proteiche mediante kit ELISA	>100				10%	20%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3 Area IRCCS-Produzione scientifica	Pubblicazioni su riviste con IF	IFM	>30	58,19	194%	100%	15%	15%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	4 Area IRCCS-Capacità di operare in rete	Attivazione del progetto presentato per l'anno 2018 relativo all'analisi di marcatori molecolari in casistiche selezionate	Analisi molecolari su campioni biologici DI Report-age	>100				15%	15%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5 Area IRCCS- Ricerca a progetto	sottomissione progetto per ricerca finanziamento	Presentazione di almeno un progetto come partner e/o coordinatore	entro il 31/12				15%	15%			valutazione positiva per il I Sal documentazione ok		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%						

R3611900 - SOC LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CLINICHE E MOLECOLARI AN		Responsabile : Dott. Agostinelli Direttore Dipartimento: Dott. Mercante		BUDGET 2019											
SETTORE	OBETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO A FINE DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DRINGENZA	PESO COMPARATO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE E GR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario															
	1 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci /valore della Produzione	0,05%	0,07%	49,90%	49,90%	15%	5%					data l'esiguità dell'importo speso e tenendo conto che l'UO ha realizzato un valore della produzione superiore a quanto previsto a budget, si ritiene l'obiettivo pienamente raggiunto	obiettivo raggiunto
	2 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medici/valore della produzione	36,8%	38,64%	95,0%	100%	10%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3 Risultati economici	Incremento attività con le risorse dirigenziali assegnate	Valore della Produzione da Attività assistenziale	3.679.801	3.805.398,49	103%	100%	10%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)															
	4 Integrazione INRCA-Osimo	Integrazione tra il personale del comparto delle due sedi	Definizione di un progetto organico di integrazione dei Presidi di Ancona, Osimo per integrazione del personale dei presidi	entro il 30/09/2019				10%	10%			valutazione positiva per il Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5 Definizione di profili unici per patologie nei due diversi Por	Incontri con le u.o.o.	Esistenza profili omogenei	Almeno 4 profili validati e attivi entro il 30/09 per PPI e PS Geriatria e Medicina Interna Chirurgia e Urologia				10%				valutazione positiva per il Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	6 Progetto certificazione	Messa in campo attività per l'adeguamento alla nuova normativa	Mantenimento certificazione	vedi indicatore soluzione alle non conformità riscontrate				10%	10%			valutazione positiva per il Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	7 Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neoassunto neoassegnato	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato	1- Invio per l'informativa Sindacale entro il 30/09/2019 2- Diffusione informazione applicazione entro il 31/10/2019					25%			valutazione positiva per il Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	8 Favorire e migliorare l'integrazione multiprofessionale infermiere - O.S.S.	1- Proposta e redazione di schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1- Redazione di almeno n. 4 Schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Documentare la formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1- schede pratiche procedure prodotte entro il 30/09/2019; 2- Verbale per almeno 2 riunioni di U.O. per Formazione, diffusione. Applicazione a livello di U.O. entro il 31/12/2019					25%			valutazione positiva per il Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder															
	9 Area IRCCS-Produzione Scientifica	Publicazioni su riviste con IF	IFM	15,00	24,00	160%	100%	5%				valutazione positiva per il Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	10 Partecipazione ai progetti di ricerca dell'Istituto	Collaborazione con Direzione Scientifica per lo svolgimento dei progetti attivi in termini di reclutamento pazienti e svolgimento delle attività richieste	Implementazione attività richieste	Report sul coinvolgimento dell'UO nei progetti d'Istituto. Entro il 31/12/2019				5%						obiettivo raggiunto nonostante l'invio del report sia stato effettuato in data successiva a quanto previsto nel valore obiettivo. In realtà l'UO partecipa assiduamente ai progetti di ricerca dell'Istituto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi															
	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%						

R3612100 - SOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI AN		Responsabile : Dott.ssa Ravasi Direttore Dipartimento: Dott. Mercante		BUDGET 2019											
SETTORE	OBBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AL FINE DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZ A	PESO COMPAR TO	RISORSE AGGIUNT IVE	VALENZA BIENNAL E	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CIR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	1 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei farmaci	Costo dei Farmaci valore della Produzione	3,50%	3,05%	112,88%	100%	10%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2 Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei Dispositivi medici	Costo dei dispositivi medicivalore della produzione	8,85%	6,18%	130,16%	100%	10%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3 Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	4.513.611	5.224.823,61	116%	100%	15%				valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)															
	4	Integrazione INRCA-Osimo e Fermo	Definizione di un progetto organico di integrazione per integrazione del personale dei presidi Presidi di Ancona, Osimo e Fermo. Avvio integrazione tra il personale del comparto delle due sedi	Presentazione del progetto di integrazione. Turnazione del personale	entro il 30/06/2019. Integrazione del personale dei due presidi a partire dal 1 settembre 2019			5%				valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5	Trattamento pz con embolia polmonare acuta	Reclutamento pz con sospetta diagnosi di embolia polmonare acuta con esame TC Spectral Imaging e basse dosi di mdc	N. pz reclutati nel 2019	vedi indicatore			5%				valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	6	Trattamento della cardiopatia ischemica	ridefinizione dei percorsi diagnostici per cardiopatia ischemica relativamente a angiografia, cardio ct, scintigrafia miocardica	Elaborazione del percorso diagnostico	entro 31/10/2019			5%				documentazione pervenuta il 28/10/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	7	Miglioramento Qualità dell'assistenza	garantire i tempi della trombosi nei casi di reperibilità	% di casi eleggibili con esecuzione e referenziazione TAC entro 40 minuti dall'arrivo in ospedale	>90%	18/23	87%	5%						obiettivo pienamente raggiunto viste le motivazioni presentate dall'UO	obiettivo raggiunto
	8	Gestione Prenotazioni Prestazioni	Riorganizzazione della gestione delle prenotazioni	% di agende inserite a CUP	100% agende a CUP entro 30/06/2019			5%	5%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo non valutabile in virtù della dichiarazione della DMPO	obiettivo non valutabile
	9	Reclami	Riduzione del numero di reclami nel 2019 ad eccezione di quelli relativi alla qualità professionale	N. di reclami	≤ 4	2	100%	100%	2,5%	5%				obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	10	Progetto certificazione	Messa in campo attività per l'adeguamento alla nuova normativa	Mantenimento certificazione	vedi indicatore soluzione alle non conformità riscontrate			2,5%	10%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	11	Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neoassunto reassegnato	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato	1- Invio per l'informale Sindacale entro il 30/09/2019 2- Diffusione informazione applicazione entro il 31/10/2019				25%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	12	Favorire e migliorare l'integrazione multiprofessionale Infermiere - O.S.S.	1- Proposta e redazione di schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali, 2- Formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - Redazione di almeno n. 4 Schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali, 2 - Documentare la formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - schede pratiche procedure prodotte entro il 30/09/2019; 2 - Verbale per almeno 2 riunioni di U.O. per Formazione, diffusione. Applicazione a livello di U.O. entro il 31/12/2019				25%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder															
	13	Ricerca a progetto	Partecipazione a progetti di ricerca dell'Istituto	Partecipazione attiva al progetto AIFA Interceptor	Relazione sullo stato dell'arte del progetto entro il 31/12/2019			2,5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	14	Identificare i pazienti affetti da neuropatia di Charcot ulcerata con sospetta osteomielite	Stesura protocollo di ricerca da sottoporre a comitato etico	Sottomissione protocollo a Comitato Etico	Entro il 31/12			2,5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	15	AreaIRCCS-Ricerca corrente	Implementazione attività come da gantt di progetto	Implementazione attività anno corrente	vedi indicatore			2,5%				valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	16	AreaIRCCS-Ricerca finalizzati	Collaborazione con Direzione Scientifica alle attività progettuali	Partecipazione al protocollo di Studio Scope Plus	Relazione sullo stato dell'arte del protocollo entro il 31/12/2019			2,5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%						

R3613600 - SOSD MEDICINA NUCLEARE AN		Responsabile : Dott.ssa Fornarelli Direttore Dipartimento: Dott. Mercante			BUDGET 2019											
SETTORE		OBETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARATO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE C&R	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario	1	Risultati economici	Maggiore attenzione nel consumo dei materiali per medicina nucleare	Costo dei Materiali per medicina nucleare /valore della Produzione	31,66%	19,81%	137,42%	100%	20%	10%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2	Risultati economici	Valore della Produzione da Attività assistenziale	Valore della Produzione da Attività assistenziale	216.387	235.420,70	109%	100%	15%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	3	Trattamento della cardiopatia ischemica	ridefinizione dei percorsi diagnostici per cardiopatia ischemica relativamente a angiografia, cardio ct, scintigrafia miocardica	Elaborazione del percorso diagnostico	entro 31/10/2019				10%				valutazione positiva per il I Sal Pervenuta documentazione in data 28/10/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	4	Progetto certificazione	Messa in campo attività per l'adeguamento alla nuova normativa	Mantenimento certificazione	vedi indicatore soluzione alle non conformità riscontrate				15%	20%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5	Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neoassunto neoassegnato	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato	1- Invio per l'informativa Sindacale entro il 30/09/2019 2- Diffusione informazione applicazione entro il 31/10/2019					25%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	6	Favorire e migliorare l'integrazione multiprofessionale Infermiere - O.S.S.	1- Proposta e redazione di schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Formazione,diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - Redazione di almeno n. 4 Schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2- Documentare la formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	1 - schede pratiche procedure prodotte entro il 30/09/2019; 2 - Verbale per almeno 2 riunioni di U.O. per Formazione, diffusione. Applicazione a livello di U.O. entro il 31/12/2019					25%		valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																
	7	Ricerca a progetto	Partecipazione a progetti di ricerca dell'Istituto	Partecipazione attiva al progetto AIFA Interceptor	Relazione sullo stato dell'arte del progetto entro il 31/12/2019				5%						obiettivo raggiunto in considerazione del fatto che l'UO ha effettuato le attività previste dal progetto	obiettivo raggiunto
	8	Identificare i pazienti affetti da neuropatia di Charcot ulcerata con sospetta osteomielite	Protocollo di ricerca da sottoporre a comitato etico	Sottomissione protocollo a Comitato Etico	Entro il 31/12				5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	9	ArealRCCS-Ricerca finalizzati	Collaborazione con Direzione Scientifica alle attività progettuali	Partecipazione al protocollo di Studio Scope Plus	Relazione sullo stato dell'arte del protocollo entro il 31/12/2019				5%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%						

R3611200 - FARMACIA AN		Responsabile : Dott. Di Muzio Direttore Dipartimento: Dott. Mercante			BUDGET 2019												
SETTORE		OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTI VO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA ESPRIMANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CoR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA	
Economico-finanziario Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																	
	1	Miglioramento della compliance del servizio rispetto agli obblighi normativi in tema di tenuta farmaci e dispositivi medici	1) Implementazione sistema informatico Navision con attivazione della funzionalità della gestione della scadenza dei lotti 2) Implementazione sistema delle ispezioni esterne	1) Gestione della scadenza dei lotti secondo le modalità previste dal sistema gestionale Navision 2) Presentazione di programma annuale (con obiettivo di almeno un controllo annuale per tutte le uu.oo.) e del numero degli accessi	1) a partire dal mese di dicembre 2019 2) presentazione entro 30 novembre 2019 e n. 2 al mese per i Presidi Marchigiani e n. 1 all'anno per i presidi fuori regione				10%	25%	1 operator e amministrativo dal 2019		Il raggiungimento del punto 1) dipende dal gestionale e dalla necessità di lettore ottico collegato al gestionale, anche in previsione del sistema UDI per i DM	Obiettivo non raggiunto e non valutabile per il comparto in quanto l'impostazione delle attività è del Dirigente	Obiettivo non raggiunto e non valutabile per il comparto		
	2	Miglioramento processo di approvvigionamento aziendale farmaci e DM	1) Implementazione dell'attività di acquisizione dei farmaci e dei DM attraverso il sistema degli acquisti attuali 2) Consolidamento del percorso e rispetto dei tempi di invio dei dati di fabbisogno secondo le scadenze definite	1) Riduzione delle richieste di approvvigionamento di farmaci e DM non presenti in gare 2) vedi azione	1) Analisi delle richieste nell'ultimo trimestre 2019 con riduzione del valore delle richieste nel mese di dicembre rispetto alla media di ottobre e novembre 2) vedi indicatore				10%	15%		"raggiungimento del punto 2) è chiaramente legato alla reale funzionalità del sistema gestionale"		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto		
	3	Ridefinizione assetto e funzionigramma interno finalizzato alla valorizzazione di capitale umano e secondo criteri di efficienza	1) Presentazione di un progetto di riorganizzazione dell'UO Farmacia con relativi piani di lavoro del personale dirigenziale 2) Aggiornamento dell'assetto della logistica interna finalizzato alla eliminazione/riduzione delle sedi multiple per prodotto	1) Presentazione documento alla Direzione Generale 2) Presentazione documento alla Direzione Generale	1) entro il 15/12 2) entro il 15/12				20%					Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto		
	4	Progetto certificazione	Messa in campo attività per l'adeguamento alla nuova normativa	Mantenimento certificazione	vedi indicatore soluzione alle non conformità riscontrate				10%	15%			valutazione positiva per il I Sal		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto	
	5	Aggiornamento revisione percorso inserimento e valutazione neoassunto neoassegnato	Documento di riferimento aggiornato e revisionato	Percorso aggiornato revisionato	1- Invio per l'informativa Sindacale entro il 30/09/2019 2- Diffusione informazione applicazione entro il 31/10/2019					25%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto	
	6	Valorizzazione della funzione delle attività e funzioni di farmacologo ospedaliero	1 - Partecipazione al Team per l'antimicrobici ship 2 - Cannabis 3 - Cio 4 - Banca Antidoti 5 - Gestione SNAR 6 - Regolamento gestione 431/DGEN	1 -Partecipazione alle riunioni 2 - Corso di aggiornamento per medici e farmacisti 3 - Partecipazione alle riunioni 4 - Implementazione Antidoti presenti 5 - Elaborazione schede antidoti SNAR da condividere con il 118 regionale 6 - Diffusione DGEN 431	1 -100% 2 - 1 evento nel 2019 3 - 100% 4 - Processo di acquisizione entro il 31/12/2019 5 - Elaborazione di n.3 schede antidoti entro il 31/12/2019 6 - Attivazione sito intranet aziendale	Raggiunti i sub obiettivi 1, 2, 3 e 6			25%		1 operator e amministrativo dal 2019		Necessità del rinnovo dell'abbonamento al Sistema di Informazione e Clinica informatizzato Micromedex per le attività da farmacologo (punti 1) 2) 3) 4) e 5)	obiettivo raggiunto al 66%	obiettivo raggiunto al 66%		
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																	
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		H E A L T H A N D S C I E N C E O N A G I N G															
		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi															
		INRCA Allegati alla Determina 256 del 16/07/2020															
		25% 20%															

R2602200 - SOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESIDIO CS		Responsabile : Dr.ssa Fioravanti		BUDGET 2019												
SETTORE		OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario																
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	1	Miglioramento del servizio all'utenza tramite potenziamento di modalità di pagamento alternative al contante	predispozione delle condizioni tecniche logistiche e organizzative per dotare gli sportelli Cup Ticket di POS abilitati a tutti i circuiti bancari	attivazione completa servizio	attivazione entro il 31/12/2019				15%	20%			valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2	Monitoraggio dell'orario di lavoro volto a supportare i responsabili nell'impiego razionale delle risorse	Segnalazione sistematica ai responsabili di UO di eventuali anomalie in termini di orario (+)/(-) e ferie al fine di supportarli nella elaborazione di idonei piani di rientro come previsto dalla normativa e dal regolamento aziendale	Elaborazione di report mensili di controllo	Report trimestrale a partire dal mese settembre 2019				15%	20%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3	Riduzione della tempistica delle registrazioni degli esenti in cassa	Registrazioni tempestive delle prestazioni esenti con riorganizzazione del processo di "recupero" delle impegnative detenute dalle U.O. eroganti	aumento delle prestazioni registrate entro 10 gg. dalla chiusura del mese	aumento del 50% su base annua				15%				documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	4	Esternalizzazione servizi amministrativi di supporto	Analisi di convenienza circa l'esternalizzazione dei servizi centralino e Cassa anche mediante accorpamenti intrapresidio e tra presidi	vedi azione	entro il 31/12/2019				15%	20%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5	Progetto certificazione	Messa in campo attività per l'adeguamento alla nuova normativa	Mantenimento certificazione	vedi indicatore soluzione alle non conformità riscontrate				15%	20%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%						

R2902200 - SOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESIDIO CT		Responsabile : Dr.ssa Fioravanti		BUDGET 2019											
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario															
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)															
	1 Razionalizzazione degli acquisti	Definizione di una procedura con modulistica per la richiesta di beni non presenti a magazzino non codificati	Redazione della procedura con relativa modulistica	Diffusione della procedura agli operatori entro il 30 giugno 2019 e sua applicazione dal 01 luglio 2019				10%	20%			valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2 Monitoraggio dell'orario di lavoro volto a supportare i responsabili nell'impiego razionale delle risorse	Segnalazione sistematica ai responsabili di UO di eventuali anomalie in termini di orario (+)/(-) e ferie al fine di supportarli nella elaborazione di idonei piani di rientro come previsto dalla normativa e dal regolamento aziendale	Elaborazione di report mensili di controllo	Report trimestrale a partire dal mese settembre 2019				10%	10%			valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3 Razionalizzazione delle risorse dedicate alla gestione dei referti sia in back office che in front office attraverso l'implementazione nel SW Priamo di un'opzione che limita la predisposizione dei referti cartacei Agli utenti che ne fanno esplicita richiesta al momento dell'accettazione.	Aggiornamento dei moduli di gestione integrata laboratorio analisi / CUP, formazione degli operatori e successiva informativa agli utenti delle nuove modalità di consegna referti di laboratorio	Avvio della nuova modalità di stampa del referto di laboratorio analisi	Avvio della nuova modalità di stampa del referto di laboratorio analisi entro il 31/12/2019				10%	20%			documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	4 Trasferimento Utir al 2° piano	Presentazione progetto nei tempi dovuti a Regione Lombardia per accreditamento (congiuntamente con UO Ufficio Tecnico e DAPD)	vedi azioni	vedi indicatore				10%				valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta in attesa di riscontro alla richiesta a mezzo mail del 17/10/2019 -		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5 Progetto di accettazione unica con laboratorio analisi	Elaborazione di un progetto per garantire un supporto unico con laboratorio di analisi	presentazione Progetto	entro il 31/12/2019				15%	10%			documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	6 Esternalizzazione servizi amministrativi di supporto	Analisi di convenienza circa l'esternalizzazione dei servizi centralino e Cassa anche mediante accorpamenti intrapresidio e tra presidi	vedi azione	entro il 31/12/2019				10%				documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	7 Progetto certificazione	Messa in campo attività per l'adeguamento alla nuova normativa	Mantenimento certificazione	vedi indicatore soluzione alle non conformità riscontrate				10%	20%			valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder															
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%						

*R3612200 - SOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA PRESIDIAN FE AP		Responsabile : Dr.ssa Fioravanti Direttore Dipartimento:		BUDGET 2019												
SETTORE		OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE C&R	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario																
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	1	monitoraggio delle prenotazioni e dei pagamenti dell'attività libero-professionale	verifica e elaborazione di report trimestrali	report trimestrali	a partire da 31/10/2019 con invio dei trimestri precedenti				5%	20%			documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2		predispensione di una campagna comunicativa che coinvolgerà tutti gli operatori Cup/Ticket su tutti i presidi Marche	aumento dei pagamenti on line	20% della percentuale di utenti con pagamento on line sul totale dei pagamenti nel 2° semestre 2019 vs 2° semestre 2018				5%	10%			valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3	Revisione e aggiornamento Carta dei Servizi	Revisione della carta dei servizi e inserimento sul sito aziendale	vedi azione	entro il 31/12/2019				10%	10%			valutazione positiva per il I Sal nessuna documentazione		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	4	Telemedicina	Elaborazione di un progetto di affidamento di un servizio alternativo e temporaneo per la gestione amministrativa e tecnica della Telemedicina digitale	presentazione Progetto	entro il 31/12/2019				10%				documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5	Supporto amministrativo per Dipartimento	Elaborazione di un progetto per garantire un supporto puntuale di area amministrativa omogeneo per ciascun Dipartimento di area sanitaria	presentazione Progetto	entro il 31/12/2019				10%	10%			documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	6	Esternalizzazione servizi amministrativi di supporto	Analisi di convenienza circa l'esternalizzazione dei servizi centralino e Cassa anche mediante accorpamenti intrapresidio e tra presidi	vedi azione	entro il 31/12/2019				10%				documentazione ricevuta in attesa di riscontro alla richiesta a mezzo mail del 17/10/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	7	Eliminazione Carta	Archiviazione elettronica fatture in entrata e in uscita	Modifica del sistema Cassa ticket	entro il 31/12/2019				10%	10%			documentazione ricevuta		obiettivo non valutabile dal momento che la modifica del sistema non poteva essere effettuata autonomamente, dipendendo l'INRCA dal Sistema CUP Regionale. L'UO ha comunque provveduto a stampare una sola copia della ricevuta delle prestazioni effettuate	obiettivo non valutabile
	8	Riorganizzazione attività	Analisi e revisione delle attribuzione delle attività tra DAPO e DMPO	presentazione analisi	entro il 31/12/2019				10%	10%			documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	9	Progetto certificazione	Messa in campo attività per l'adeguamento alla nuova normativa	Mantenimento certificazione	vedi indicatore soluzione alle non conformità riscontrate				5%	10%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%						

'R3611500 - SOC DIREZIONE MEDICA PRESIDI AN FE AP		Responsabile : Dr. Luzzi Direttore Dipartimento:		BUDGET 2019												
SETTORE		OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario																
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	1	Attivazione sistema di incident reporting	predisposizione procedura e attivazione scheda	esistenza procedura e scheda attivata	entro 30/06/2019				10%	20%			documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2	Implementazione PDTA Regionali	Recepimento, attivazione e audit PDTA Regionali	Predisposizione determine di recepimento ed attivazione locale, conduzione audit	Predisposizione determine entro il 31/12/2019. Conduzione di almeno 1 audit per 1 PDTA Regionali entro il 31/12/2019 con verbale				10%	20%			documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3	Riorganizzazione attività	Analisi e revisione delle attribuzione delle attività tra DAPO e DMPO	presentazione analisi	entro il 31/12/2019				15%	20%			documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	4	Miglioramento inserimento Dirigenti Sanitari neoassunti	Predisposizione di un piano di informazione per i Dirigenti Sanitari neoassunti	vedi azione	entro il 31/12/2019				15%						obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5	Miglioramento qualità dell'assistenza	Attivazione bed manager	vedi azione	entro il 30/09/2019				15%				documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	6	Progetto certificazione	Messa in campo attività per l'adeguamento alla nuova normativa	Mantenimento certificazione	vedi indicatore soluzione alle non conformità riscontrate				10%	20%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%						

2901500 - SOC	Responsabile : Dr. Colombo Direttore Dipartimento:		BUDGET 2019												
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CDR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario															
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)															
1	Consolidamento del percorso relativo alla gestione del rischio clinico	Adempimento degli obiettivi e dei tempi del piano annuale Risk Management 2018 richiesto da Regione Lombardia che verrà redatto entro 31/03/2019	Cronoprogramma e finalità degli obiettivi del piano	Rispetto del cronoprogramma e realizzazione degli obiettivi e delle azioni del piano e invio in regione entro i termini definiti dalla regione stessa.				10%	10%			valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
2	Compilazione del cruscotto di Regione Lombardia riguardante la parte di Check list di Autovalutazione	Accesso al Portale dedicato (PRIMO) di Regione Lombardia e adempimento degli obiettivi indicati da regione nell'ambito della check list di autovalutazione .	Compilazione delle nuova check list di autovalutazione	Rispetto dei tempi stabiliti per la compilazione indicati da Regione Lombardia				10%	10%			Al 15/11 Regione Lombardia non aveva aperto le schede per l'inserimento dei dati (vedi foto portale regione lombardia del 15/11 us) Verificare		obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile
3	Consolidamento del percorso relativo alla gestione del Piano Integrato di Miglioramento dell'Organizzazione (PIMO)	Adesione al prgramma di rilevazione dei dati, compilazioni degli indicatori sul portale regionale di governo .	Indicatori presenti sul portale PRIMO elaborati da Regione Lombardia identificati ed utilizzabili per la nostra realtà	Compilazione indicatori e apertura di un piano di miglioramento per gli indicatori con valore inferiore a quello rilevato nel 2017				10%	10%			Al 15/11 Regione Lombardia non aveva aperto le schede per l'inserimento dei dati (vedi foto portale regione lombardia del 15/11 us)		obiettivo non valutabile	obiettivo non valutabile
4	Prevenzione e sicurezza dei luoghi di lavoro e procedure di evacuazione	Aggiornamento del piano di emergenza ed evacuazione anche in seguito all'apertura della nuova unità operativa presso il presidio di Merate dell'ASST Lecco.	Revisione del piano di evacuazione	Revisione del piano di evacuazione entro la fine del 2019 e invio a tutto il personale tramite posta elettronica				10%	10%			valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
5	Progetto certificazione	Messa in campo attività per l'adeguamento alla nuova normativa	Mantenimento certificazione	vedi indicatore soluzione alle non conformità riscontrate				5%	20%			valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
6	Trasferimento Utir al 2° piano	Presentazione progetto nei tempi dovuti a Regione Lombardia per accreditamento (congiuntamente con UO Ufficio Tecnico e DAPO)	vedi azioni	vedi indicatore				15%	10%			valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
7	Apertura posti sub acuti	Presentazione progetto nei tempi dovuti a Regione Lombardia per accreditamento (congiuntamente con UO Ufficio Tecnico e DAPO)	vedi azioni	vedi indicatore				15%	10%			valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder															
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%						

R2601500 - SOC DIREZIONE MEDICA PRESIDIO CS		Responsabile : Dr. Pranno			BUDGET 2019											
SETTORE		OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario																
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	1	Miglioramento della qualità dell'assistenza	Controllo a campione delle cartelle cliniche riguardo la corretta compilazione per l'anno 2019 delle UUOO di Geriatria Riabilitazione Intensiva con apposita check list	controlli da effettuare nella misura del 10% sul totale annuo delle cartelle cliniche	report alla DS sui controlli effettuati sul campione del 10% entro il 31/12/2019				10%	30%					obiettivo non valutabile alla luce di quanto indicato dalla DMPO sulla check list	obiettivo non valutabile
	2	Progetto certificazione	Messa in campo attività per l'adeguamento alla nuova normativa	Mantenimento certificazione	vedi indicatore soluzione alle non conformità riscontrate				10%	30%			valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3	Miglioramento della sicurezza	Realizzazione giornate formative per tutto il personale sulle procedure della sicurezza sui luoghi di lavoro al fine di ridurre ulteriormente i rischi per gli operatori e l'utenza.	realizzazione di n. 1 edizioni (periodo novembre-dicembre 2019) con docenza interna (RSPP MC)	Partecipazione dell'90% degli operatori misurata con idonea modalità (Foglio Firma)				15%				documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	4	Miglioramento della sicurezza	Valutazione del rischio lavorativo dei dipendenti	Revisione fascicolo di rischio dei dipendenti.	100% di coloro che devono essere sottoposti a visita periodica perché scaduta				15%	20%			valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5	Miglioramento qualità assistenza	Coordinamento della definizione di un Progetto di qualificazione dell'attività geriatrica	Almeno 3 riunioni verbalizzate con le UUOO interessate	entro il 15/12/2019				15%				documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	6	Miglioramento qualità assistenza	Coordinamento della definizione di un Progetto per la Palliazione geriatrica interdisciplinare	Almeno 3 riunioni verbalizzate con le UUOO interessate	entro il 15/12/2019				10%				documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi			Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%						

R0101000 - PO SEGRETERIA DELLA DIREZIONE		Responsabile : Direttore Dipartimento: Avv. Leonelli			BUDGET 2019										
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNTA	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARATO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario															
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)															
	1	Prevenzione della corruzione e trasparenza	Rispetto e assolvimento di tutte le attività previste dal piano della trasparenza ed anticorruzione (determina n. 20/DGEN del 31.01.2019) per la Segreteria della Direzione Generale e per la Segreteria dell'OIV	Aggiornamento e pubblicazione di tutte le informazioni richieste nel rispetto delle scadenze definite	pubblicazione sul sito al link Amministrazione Trasparente				30%			valutazione positiva per il I Sal documenti nella relazione da pag 1 a pag 11		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2	Rapporti tra Collegio Sindacale e UUOO	Invio elenchi determine al Collegio Sindacale con cadenza settimanale	Predisposizione note di trasmissione e relativi prospetti riepilogativi delle determine numerate nella settimana precedente	Trasmissione note al Collegio				25%			valutazione positiva per il I Sal documenti nella relazione da pag 12 a pag 17		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3	Rapporti interni tra la Direzione e il Collegio di Direzione	Gestione della procedura per le convocazioni ed adempimenti successivi del Collegio di Direzione	Predisposizione convocazione e verbali del Collegio di Direzione	Trasmissione della convocazione, invio del verbale debitamente sottoscritto				25%			valutazione positiva per il I Sal documenti nella		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	4	VULNERABILITA, SISMICA SU TUTTI GLI EDIFICI STRATEGICI (MONTAGNOLA COSENZA FERMO OSIMO CASATENOVO)	analisi della vulnerabilità sismica	Predisposizione di tutta la documentazione necessaria per le procedure di affidamento esterno del servizio di architettura e ingegneria ed invio della documentazione autorizzativa alla Regione Marche	Avvio delle procedure per l'affidamento dell'incarico professionale di esecuzione delle verifiche di vulnerabilità sismica delle sedi di POR di Ancona, Cosenza Fermo, Casatenovo e Osimo			30%				documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5	VULNERABILITA, SISMICA SU TUTTI GLI EDIFICI STRATEGICI (MONTAGNOLA COSENZA FERMO OSIMO CASATENOVO)	analisi della vulnerabilità sismica	Gestione gara sopra soglia comunitaria per l'affidamento del servizio di architettura e ingegneria riguardante l'esecuzione dello studio di vulnerabilità sismica del POR di Ancona, Cosenza Fermo, Casatenovo e Osimo	Avvio delle procedure per l'affidamento dell'incarico professionale di esecuzione delle verifiche di vulnerabilità sismica delle sedi di POR di Ancona, Cosenza Fermo, Casatenovo e Osimo			25%				documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	6	Attività tecniche	Espletamento attività assegnate e formalizzate dall'Ing. Madeo	vedi azione	Nell'ultimo mese 2019			20%				documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder															
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi															
		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%						

R0101500 - SOC CONTROLLO DI GESTIONE, PROGRAMMAZIONE, FLUSSI INFORMATIVI			Responsabile : Dott. Di Ruscio Direttore Dipartimento: Avv. Leonelli		BUDGET 2019											
SETTORE		OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO O AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario																
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																
	1	Miglioramento Comunicazione e analisi dei dati Controllo di gestione	Realizzazione incontri con tutte le uu.oo. Richiedenti nei presidi di riferimento per un'analisi dei loro dati di attività e costo	Incontri ogni 2 mesi con tutte le uu.oo. Richiedenti	A partire dal mese settembre 2019				10%	25%			valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2	Rafforzamento della comunicazione nel tema della Valutazione individuale	Realizzazione di corsi formativi/informativi per tutti nuovi dipendenti	2 edizioni di corsi per valutati su scheda valutazione individuale in tutte le sedi (se ci sono soggetti aderenti)	prima edizione a settembre e seconda edizione a dicembre				10%	25%			valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3	Sviluppo del processo di valutazione individuale	Analisi delle esigenze per la realizzazione di una proposta di nuova scheda di valutazione individuale	Presentazione proposta nuova scheda di valutazione alla Direzione	entro 30 novembre				10%	10%			valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	4	Sviluppo attività grant office	Applicazione nuovo percorso ricerca presentato nel 2018	Avvio del percorso certificato dalla conferma di valutazione dei budget di presentazione dei progetti da parte dell'UO	A partire dal mese di ottobre 2019				10%	10%			valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5	Flussi dei processi produttivi	Ricognizione dei flussi dei processi produttivi per il controllo dato e controllo qualità	stato dell'arte dei flussi dei processi produttivi con individuazione delle criticità e presentazione proposta	vedi indicatore				15%				documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	6	certificazione	Aggiornamento e completamento della descrizione dei principali processi e della mappa dei rischi per il sistema di certificazione	Presentazione definitiva dei processi e della mappatura dei rischi	entro 31/12				10%	5%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	7	Monitoraggio attività clinica e di ricerca	Report mensili su attività clinica e report bimestrale su commesse di ricerca	Elaborazione Report mensili su attività clinica e report bimestrale su commesse di ricerca	invio report alla Direzione entro 20 giorni successivi alla fine del mese e/o del bimestre a partire da settembre				5%				documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	8	Definizione dei procedimenti finalizzati alla sottoscrizione delle varie tipologie di "contratti" e delle procedure di gestione della competenza amministrativa a supporto dell'attività di ricerca in collaborazione con tutte le UUOO coinvolte	Redazione di una scheda per ognuna delle tipologie di "contratto" che saranno raggruppate per categorie omogenee dall'ufficio, dove sarà descritto il procedimento in tutte le sue fasi e gli attori coinvolti a partire dal "principal investigator" con elaborazione di un quadro sinottico sulle procedure adottate da altri enti pubblici coinvolti nell'attività di ricerca	Invio delle schede alla Direzione entro il 31/12/2019	Invio di una relazione scritta entro il 31/12/2019 in modo da attivare i procedimenti descritti nelle schede a partire dal 1/2/2020.				5%	5%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi																
		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							25%	20%						

R0101700 - S050 FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE		Responsabile : Dott.ssa Tonucci Direttore Dipartimento: Avv. Leonelli		BUDGET 2019											
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CGR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario															
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)															
	1	1. Ottimizzazione della Formazione in Rianimazione cardiopolmonare (corsi BLSd) - obiettivo in condivisione con U.O. Anestesia e rianimazione	Azioni finalizzate all'accreditamento del Centro di Formazione BLSd Fortinra c/o la Regione Marche	Accreditamento presso la regione Marche del CF Fortinra	Entro il 31/12/2019			10%	10%			valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta - accreditamento luglio 2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2	2. miglioramento attività di programmazione della formazione esterna	definizione procedura e relativa modulistica da integrare nel regolamento della Formazione	proposta di determina di approvazione del nuovo regolamento e inserimento del budget della formazione esterna per Dipartimento a partire dal PFA 2020	proposta di determina entro il 31/12/2019			10%	10%			documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3	3. Gestione all'interno dei social di aree dedicate ai progetti di ricerca	3 Definizione della procedura di gestione	proposta di determina di integrazione del regolamento "SOCIAL MEDIA POLICY" PER L'UTILIZZO DEI SOCIAL NETWORK	Entro il 31/12/2019			10%	10%			documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	4	4 Corso di formazione su redazione atti	Corso trasversale rivolto al personale di tutte le UUOO amministrative per la redazione degli atti	Realizzazione del corso di formazione	entro il 31/12/2019			10%	10%			documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	5	5 Corso di formazione su Dlg 50/2016	Corso di aggiornamento rivolto al personale di tutte le UUOO precedentemente individuato sul Dlg 50/2016 e sue evoluzioni	Realizzazione del corso di formazione	Entro il 31/12/2019			10%	10%			documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	6	6 corso sulla gestione dei contratti della dirigenza medica sanitaria	Corso di formazione sulla gestione del nuovo contratto della dirigenza medica sanitaria	Realizzazione del corso di formazione	Entro il 31/12/2019 in caso di contratto firmato entro il 30/09/2019			5%	5%					obiettivo non valutabile in considerazione del fatto che il contratto collettivo è entrato in vigore a gennaio 2020.	obiettivo non valutabile
	7	7 Report attività di formazione	Report sull'effettuazione dell'attività di formazione e utilizzo/disponibilità dei fondi destinati alla formazione	Report trimestrale da inviare alla Direzione	A partire dal secondo trimestre 2019 entro tre settimane dalla fine del semestre			5%	5%			valutazione positiva per il I Sal documentazione pervenuta in data 23/07/2019 - 03/10/2019 e 16/01/2020		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	8	8 certificazione	Aggiornamento e completamento della descrizione dei principali processi e della mappa dei rischi per il sistema di certificazione	Presentazione definitiva dei processi e della mappatura dei rischi	entro 31/12			5%	10%			documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	9	9 Referenti Formazione	Corso di formazione rivolto ai referenti della formazione	Determina di revisione della rete dei referenti Inserimento di un corso di formazione per i referenti di rete nel Piano 2020	Entro il 31/12/2019			10%	10%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder															
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%						

R0101800 - SOSD SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE E MEDICO COMPETENT	Responsabile : Dott. Marra Direttore Dipartimento: Avv. Leonelli			BUDGET 2019												
	SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENT O AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIV E	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1* ISTANZA	VALUTAZIONE 2* ISTANZA
Economico-finanziario																
Processi interni (in termini	quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)															
1	Gestione degli obblighi in materia di salute e sicurezza connessi ai contratti d'appalto o d'opera o di somministrazione.	Elaborazione, in collaborazione con BESE e Attività Tecniche, di una nuova procedura per la predisposizione dei documenti di gestione degli obblighi di sicurezza che tenga conto delle responsabilità delle varie figure coinvolte e della tempistica.	Presentazione di nuova procedura	entro il 30/09/2019					25%	25%			valutazione positiva per il I Sal documentazione pervenuta in data 30/09/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
2	Gestione del personale in materia di salute e sicurezza.	Elaborazione, in collaborazione con ARU, DMP, DRS, Formazione e MC, di una nuova procedura per la corretta gestione del personale (neoassunto, in mobilità, in cambio mansioni, fine rapporto, ecc) relativamente agli obblighi in materia di salute e sicurezza che tenga conto delle responsabilità delle varie figure coinvolte e della tempistica.	Presentazione di nuova procedura	entro il 30/09/2019					15%	25%			valutazione positiva per il I Sal valutazione positiva per il I Sal documentazione pervenuta in data 30/09/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
3	certificazione	Aggiornamento e completamento della descrizione dei principali processi e della mappa dei rischi per il sistema di certificazione	Presentazione definitiva dei processi e della mappatura dei rischi	entro 31/12					5%	10%			documentazione inserita nel repository il 2/12/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
4	aggiornamento della valutazione del rischio per mansioni	stesura di un documento sull'aggiornamento della valutazione del rischio per mansioni	Presentazione del documento	entro il 30/06/2019					20%	10%			documentazione inviata il 23/12/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																
5	progetto Biobanca	collaborazione con le UUOO coinvolte nel progetto Biobanca	Esito positivo della certificazione della biobanca	entro il 31/12/2019					10%	10%			valutazione positiva per il I Sal		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi	Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi								25%	20%						

R0102000 - SOS UFFICIO PER LA RICERCA, L'INNOVAZIONE ED IL TRASFERIMENTO TECNOLOGICO												Responsabile : Dott.ssa Bustacchini Direttore Dipartimento: Avv.Leonelli				BUDGET 2019							
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIV E	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA								
Economico-finanziario																							
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)																							
	1 RICERCA CLINICA	Sviluppo del CTO a supporto del potenziamento dell'attività per studi e sperimentazioni cliniche	Piano di sviluppo per l'organizzazione e le attività del CTO	Presentazione documento entro Novembre 2019				10%	5%			valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto considerato che il documento è stato inviato il 2 dicembre 2019, essendo la scadenza prevista il 30 novemnùbre che ricadeva di sabato	obiettivo raggiunto								
Prospettiva dell'utenza e stakeholder																							
	2 FORMAZIONE PERMANENTE DEL PERSONALE MEDICO E DI RICERCA	Gestione tecnico-organizzativa di corsi per lo sviluppo di competenze nella ricerca clinica e traslazionale	Organizzazione di almeno un corso (Metodologia della Ricerca Clinica)	Report di rendicontazione entro Dicembre 2019				5%	15%			documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto								
	3 PRODUZIONE SCIENTIFICA	Pubblicazioni scientifiche	Punteggio Impact Factor	20	41,6	208%	100%	10%				valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto								
	4 Ricerca a progetto	Presentazione progetti di ricerca	Presentazione di almeno 1 progetto di ricerca	Vedi indicatore				10%	10%			valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto								
	5 Ricerca a progetto	Supporto metodologico all'implementazione di progetti di ricerca della Direzione Scientifica	Report sullo stato dell'arte	entro il 31/12/2019				10%	15%			documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto								
	6 progetto Biobanca	collaborazione con le UUOO coinvolte nel progetto Biobanca	Esito positivo della certificazione della biobanca	entro il 31/12/2019				15%	10%			valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto								
	7 certificazione	Aggiornamento e completamento della descrizione dei principali processi e della mappa dei rischi per il sistema di certificazione	Presentazione definitiva dei processi e della mappatura dei rischi	entro 31/12				5%	10%			valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto								
	8 RETE IRCCS	Supporto alla direzione scientifica per il coordinamento della rete degli IRCCS sull'invecchiamento	Verbali degli incontri (residenziali o via skype)	Vedi indicatore				10%	15%			nessuna documentazione		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto								
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%														

R0102500 - SOSD MODELLI ASSISTENZIALI E NUOVE TECNOLOGIE		BUDGET 2019													
Responsabile : Ing. Rossi Direttore Dipartimento: Avv. Leonelli															
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario															
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)															
Prospettiva dell'utenza e stakeholder															
1	Produzione scientifica	Incremento della produzione scientifica	Punteggio IF	12	14,4	120%	100%	15%				valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
2	Percorso di valorizzazione del trasferimento tecnologico	Partecipazione al gruppo di lavoro del ministero Stesura del regolamento aziendale brevetti	Stesura del regolamento e predisposizione determina	Determina predisposta entro ottobre 2019				15%				valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
3	Attività a progetto	Partecipazione a bandi di ricerca	Progetti presentati	Almeno 3				15%				valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
4	Valorizzazione parco tecnologico dell'Istituto	Partecipazione a gruppi di lavoro e sviluppo piano di attività scientifica con UUOO di area clinica	report attività svolta	Report presentato alla direzione entro dicembre 2019				10%				report presentato con lettera Prot. 38472 /20189		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
5	Supporto obiettivi direzione scientifica relativamente a rete IRCCS ed integrazione Osimo	Proposta di iniziative volte a favorire lo sviluppo della rete ed a definire le strategie relativamente al riconoscimento della sede di Osimo	Analisi di fattibilità sul coinvolgimento delle UUOO di Osimo in attività di ricerca	Analisi di fattibilità da inviare alla direzione entro dicembre 2019				10%				documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
6	certificazione	Aggiornamento e completamento della descrizione dei principali processi e della mappa dei rischi per il sistema di certificazione	Presentazione definitiva dei processi e della mappatura dei rischi	entro 31/12				5%				documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
7	Progetto tecnoassistenza	Partecipazione al progetto tecnoassistenza	Presentazione di due report sullo stato dell'arte del progetto di tecnoassistenza	2 report da presentare al CIV entro il 31/12/2019				5%				documentazione ricevuta		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%						

R0102700 - SEGRETERIA DIREZIONE SCIENTIFICA		Responsabile : Avv. Leonelli		BUDGET 2019											
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario															
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)															
	1 Prevenzione della corruzione e trasparenza	Rispetto e assolvimento di tutte le attività previste dal piano della trasparenza ed anticorruzione (determina n. 20/DGEN del 31.01.2019) per la Segreteria della Direzione Scientifica e per la Segreteria del CIV	Aggiornamento e pubblicazione di tutte le informazioni richieste nel rispetto delle scadenze definite	Pubblicazione sul sito al link Amministrazione Trasparente					20%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	2 Segreteria all'Organo Istituzionale Consiglio di Indirizzo e Verifica	Stesura e gestione dei verbali	Numero verbali approvati	vedi indicatori					20%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	3 Attività istituzionale: Site-visit e certificazione	Supporto al Direttore Scientifico	Report	Entro il 31.10.2019					20%			valutazione positiva per il I Sal documentazione pervenuta in data 30/10/2019		obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
	4 Gestione rapporti Ministero della Salute - Workflow della Ricerca	Caricamento flusso informativo richiesto	Rispetto delle scadenze	vedi indicatori					20%					obiettivo raggiunto	obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder															
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi							20%						

R0105000 - SOC AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO ATL		Responsabile : Avv Leonelli Direttore Dipartimento: Avv. Leonelli		BUDGET 2019											
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CdR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economico-finanziario															
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)															
	1 monitoraggio nuovo regolamento privacy e modulistica	predisposizione nuovo regolamento e modulistica		adozione nuovo regolamento e modulistica entro il 31.12.2019				15%	20%			valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	2 formazione in materia di privacy comparto	corsi formazione comparto	almeno n. 3 corsi	formazione comparto entro il 31.12.2019				20%	20%			valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	3 Valutazione costi-opportunità rispetto alle diverse tipologie di contratti di assicurazione (autoassicurazione, affidamento a soggetto esterno)	Stesura di un documento relativo alla valutazione costi-opportunità dei diversi contratti di assicurazione	Elaborazione documento da inviare alla Direzione Generale	vedi indicatore				10%	20%			valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	4 analisi studio e predisposizione documentazione per gara pacchetto assicurativo	predisposizione dell'eventuale progetto	presentazione documentazione all'UOC ABSL	presentazione entro il 20.09.2019				10%	10%			valutazione positiva per il I Sal documentazione ricevuta		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	5 Supporto al Controllo di Gestione nella stesura e controllo dei contratti di ricerca	Attività di supporto al Controllo di Gestione nella revisione ed elaborazione dei contratti	Revisione dei contratti richiesti dal Controllo di Gestione	vedi indicatore				10%				documentazione ricevuta		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	6 certificazione	Aggiornamento e completamento della descrizione dei principali processi e della mappa dei rischi per il sistema di certificazione	Presentazione definitiva dei processi e della mappatura dei rischi	entro 31/12				5%	10%			documentazione ricevuta		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
	7 Corso di formazione su redazione atti	Supporto all'UO Formazione alla realizzazione del Corso trasversale per tutte le UUOO amministrative per la redazione degli atti	Realizzazione del corso di formazione	Entro il 31/12/2019				5%				documentazione ricevuta (potrebbe essere integrati dalla lista partecipanti e programma)		Obiettivo raggiunto	Obiettivo raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder															
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%						

R0103300 - DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE (Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità))		Responsabile : Dr. Marinelli		BUDGET 2019											
SETTORE	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	VALORE OBIETTIVO	VALORE CONSUNTIVO	Livello di raggiungimento obiettivi in termini effettivi (valore %)	% LIVELLO DI RAGGIUNGIMENTO AI FINI DEL SISTEMA PREMIANTE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	RISORSE AGGIUNTIVE	VALENZA BIENNALE	NOTE CONTROLLO DI GESTIONE	VALUTAZIONE CUR	VALUTAZIONE 1° ISTANZA	VALUTAZIONE 2° ISTANZA
Economica-finanziaria															
Processi interni (in termini quantitativi, di efficienza, appropriatezza e qualità)															
	1	Progetto certificazione	Messa in campo attività per l'adeguamento alla nuova normativa	Mantenimento certificazione	vedi indicatore soluzione alle non conformità riscontrate				5%	15%		VALUTAZIONE POSITIVA I SAL		obt raggiunto com e da certificazione	obt raggiunto
	2	Attivazione U.O.C. Pneumologia presso Ospedale Mandic Merate	1 Definizione dell'assetto organizzativo e del fabbisogno delle risorse umane; 2 Espletamento attività di reclutamento personale di assistenza per le necessità del P.O.R. di Casatenovo	1 Assegnazione delle risorse umane per l'attivazione dell'U.O.C. Pneumologia presso Ospedale Mandic di Merate; 2 Espletamento attività correlate alle selezioni necessarie per l'assunzione di OSS e CPSI per il POR di Casatenovo	1 Risorse Umane U.O.C. Pneumologia Merate Assegnate 2 U.O.C. Merate Operativa a pieno regime entro 31/10/2019; Attività di selezione per il reclutamento espletate entro 31/10/2019			5%				VALUTAZIONE POSITIVA I SAL aggiornamento su relazione		obt raggiunto	obt raggiunto
	3	Sviluppo della documentazione assistenziale informatizzata modello Gordon estensione all' O.S.S.	1- Definizione del processo di attribuzione attività assistenziali O.S.S.	1- Definizione degli interventi del modello assistenziale attribuibili all'O.S.S. 2 Modalità di applicazione al sistema informatizzato	1- Presentazione del documento che individua gli interventi del modello entro il 31-12-201 2 Attivazione informatica del processo di attribuzione entro 31-12-2019			5%	10%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL vedi relazione		obt raggiunto	obt raggiunto
	4	Sviluppo di procedura aziendale per la " Gestione del personale in caso di assenza improvvisa non programmabile"	Presentazione della procedura " Gestione/ Sostituzione di personale per assenza improvvisa non programmabile"	1- Redazione procedura	1- Invio per l'informativa Sindacale entro il 30/11/2019 2- Diffusione informazione e applicazione entro il 31-12-2019			5%	10%			Documentazione ricevuta il 28/11/2019 e il 23/12/2019		obt raggiunto	obt raggiunto
	5	Trasferimento U.O.C. Geriatria Fermo presso Ospedale Murri ASUR A.V. 4	Definizione dell'assegnazione risorse umane secondo i criteri trattati con le OO SS	1 Applicazione criteri e risorse umane individuate	1 Risorse Umane a partire dal 21/10/2019; 2 Attività assistenziali U.O.C. Geriatria Fermo operative presso "Murri AV 4 a partire dal 21/10/2019			5%				VALUTAZIONE POSITIVA I SAL vedi relazione		obt raggiunto	obt raggiunto
	6	Utilizzo dell'applicativo relativo al modello assistenziale di riferimento	Espletamento di attività legate alla sperimentazione/messa a punto dell'informatizzazione.	1- Espletamento attività formative al personale tramite circoli di qualità 2- Attivazione della 2° Fase della Sperimentazione Utilizzo	1 - Almeno 10 Incontri circolo qualità accreditati - entro 31/10/19 2 Attivazione Sperimentazione utilizzo in tre U.O. P.O.R. Ancona (Geriatria- Med- Riab. Clinica Med.) 31/12/2019 Almeno 1 PAI per U.O.			5%	10%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL aggiornamento su relazione		obt raggiunto	obt raggiunto
	7	Sperimentare una estrazione e analisi dati per attività assistenziali correlate al cateterismo vescicale per il P.O.R. di Ancona	1 Procedere ad una estrazione tramite SIS in relazione ai pz trattati con Cateterismo Vescicale 2- Estrazione dati di laboratorio riferiti a Pz. Trattati in cui è stata accertata infezione urinaria	1- Estrazione Pazienti sottoposti ad attività assistenziali correlate al Cateterismo Vescicale 2 Analizzare i dati rilevati di infezione urinaria accertata e correlazione al Cateterismo Vescicale	1 Sperimentare l'astrazione dati in relazione ad un quadrimestre; 2 Analisi ed elaborazione dati invezioni correlate a cateterismo vescicale entro il 31/01/2020			5%	10%			Documentazione ricevuta il 30/12/2018		obt raggiunto	obt raggiunto
	8	Misurazione attività comparto infermieristico	Report per la Direzione Generale sulla numerosità e modalità organizzativa della somministrazione della terapia nei vari reparti attraverso l'utilizzo del Sis (solo Por Ancona)	Vedi azione	entro 31/12/2019			5%				Documentazione ricevuta il 30/12/2019		obt raggiunto	obt raggiunto
	9	Aggiornamento definizione fabbisogno personale infermieristico	Invio mensile report alla Direzione Generale sulla differenza tra il personale teorico e il personale effettivamente in servizio	Invio mensile	entro il 5 di ogni mese a partire da novembre			10%				VALUTAZIONE POSITIVA I SAL Pervenuta documentazione in data 29/10/2019		obt raggiunto	obt raggiunto
	10	Miglioramento utilizzo risorse infermieristiche	Progetto riorganizzazione area infermieristica CAD secondo le indicazioni della Direzione Generale	attuazione progetto	entro 31/12/2019			5%				vedi relazione		obt raggiunto	obt raggiunto
	11	Sviluppo risorse umane	Implementazione di un sistema di rilevazione delle competenze del personale di assistenza	presentazione del progetto contenente il sistema di rilevazione	entro il 31/12/2019			5%	10%			vedi relazione		obt raggiunto	obt raggiunto
	12	Miglioramento qualità dell'assistenza	Attivazione bed manager	vedi azione	entro il 30/09/2019			5%	15%			VALUTAZIONE POSITIVA I SAL vedi relazione		obt raggiunto	obt raggiunto
Prospettiva dell'utenza e stakeholder															
	13	Attività di ricerca	Piano strategico sullo sviluppo dell'attività di ricerca di area infermieristica	presentazione del Piano	entro il 31/12/2019			10%				VALUTAZIONE POSITIVA I SAL documentazione ricevuta il 16/12/2019		obt raggiunto	obt raggiunto
Sviluppo e innovazione dei processi produttivi e organizzativi		Scheda di valutazione individuale processi produttivi, relazionali e organizzativi						25%	20%						

12 Allegato 2: Tabella Obiettivi strategici

Descrizione Obiettivo	Peso Obiettivo	Risorse Umane	Risorse Finanziarie	Indicatori	Peso Indicatori	Target	Valore Consuntivo Indicatori	Grado di Raggiungimento Obiettivo (valore compreso tra 0 e 100%)
AreaIRCCS-Produzione Scientifica	diversificato a seconda delle diverse UUOO			IFM	diversificato a seconda delle diverse UUOO	423	596,07	140,91%
AreaIRCCS-Capacità di attrarre risorse	diversificato a seconda delle diverse UUOO			Ottenimento di finanziamenti per partecipazione a bandi di ricerca a progetto	diversificato a seconda delle diverse UUOO	230.000,00	935.829,00	406,88%
Favorire e migliorare l'integrazione multiprofessionale Infermiere O.S.S.	diversificato a seconda delle diverse UUOO			1 - Redazione di almeno n. 4 Schede pratiche procedure di integrazione delle attività assistenziali; 2 - formazione, diffusione e applicazione a livello di U.O.	diversificato a seconda delle diverse UUOO	vedi indicatore	Produzione di schede e diffusione delle stesse	100%
Prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza: infezioni da catetere da accesso vascolare	diversificato a seconda delle diverse UUOO			Invio della revisione e della procedura alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Scientifica entro il 15/10, formazione sul campo - diffusione e report sui dati raccolti in merito alle infezioni entro il 31/01/2020	diversificato a seconda delle diverse UUOO	vedi indicatore	Procedura revisionata e inserita nel sistema qualità aziendale. Formazione e diffusione realizzata	100%
Obiettivi volti al miglioramento della qualità dell'assistenza in termini di appropriatezza dell'attività	diversificato a seconda delle diverse UUOO			Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario	diversificato a seconda delle diverse UUOO	≤ 0,12	7,00%	100%
Miglioramento qualità clinica, appropriatezza ed efficienza	diversificato a seconda delle diverse UUOO			% DRG Medici da reparti chirurgici	diversificato a seconda delle diverse UUOO	< 2018	la % dei DRG Medici da reparti chirurgici è minore, rispetto al 2018, del 1,03%	100%
Atto Aziendale	UO Affari Generali			proposta di determina entro 10gg dalla trasmissione del testo definitivo da parte della direzione	diversificato a seconda della dirigenza e del comparto	vedi indicatore	testo definitivo da parte della direzione inviato in data 27/12. Approvata la determina in data 30/12	100%
Esternalizzazione magazzini	UO Ufficio Tecnico			Invio progetto esternalizzazione magazzini alla Direzione Amministrativa	diversificato a seconda della dirigenza e del comparto	entro 31/10/2019	documentazione pervenuta in data 31/10/2019	100%

13 Allegato 3: Tabella documenti del ciclo di gestione della performance

Documento	Data di approvazione	Data di pubblicazione	Data ultimo aggiornamento	Link documento
Sistema di misurazione e valutazione della performance	DGEN 21 del 31/01/2019	31/01/2019	DGEN 459 del 22/11/2019	https://www.inrca.it/inrca/files/TRASPARENZA/PERFORMANCE/PIANO/21_DGEN_2019_PDF.pdf https://www.inrca.it/inrca/files/TRASPARENZA/PERFORMANCE/PIANO/PIANO_%20DELLE_PERFORMANCE_2019_%20ALLEG_DET21DGEN2019%20.pdf https://www.inrca.it/inrca/files/TRASPARENZA/PERFORMANCE/PIANO/det%20459dgen%20del%2022_11_2019.pdf
Piano della performance	DGEN 21 del 31/01/2019	31/01/2019		https://www.inrca.it/inrca/files/TRASPARENZA/PERFORMANCE/AMMONTARE_COMPLESSIVO_PREMI/PIANO_%20DELLE_PERFORMANCE_2019_%20ALLEG_DET21DGEN2019%20.pdf
Programma triennale per la trasparenza e l'integrità	DGEN 12 del 31/01/2018	31/01/2019		https://www.inrca.it/inrca/files/TRASPARENZA/DISPOSIZIONI_GENERALI/PROGRAMMA_TRANSPARENZA_INTEGRITA/20%20DGEN%202019%20PDF.pdf https://www.inrca.it/inrca/files/programma/PTPC%202019-2021.pdf
Standard di qualità dei servizi				