


DIPARTIMENTI	
1	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
2	DIPARTIMENTO DIPENDENZE
3	DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA
4	DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA
5	DIPARTIMENTO AREA MEDICA
6	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
7	DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE
8	DIPARTIMENTO PATOLOGIA CLINICA
9	DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI
10	DIPARTIMENTO PREVENZIONE



# **BUDGET 2018**

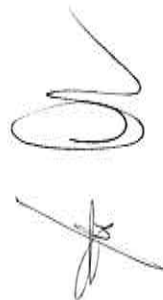
## **DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE**


 <b>USL Umbria2</b>		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA							
		DIREZIONE AZIENDALE							
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE							
		DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE							
		Responsabile <i>Dr.ssa Antonia Tamantini</i>							
		Anno 2018							
		PIANO DEGLI OBIETTIVI							
		A) OBIETTIVI PER IL MANTENIMENTO DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO							
Contabilità Generale e Analitica	A1.D1.1	Gestione Risorse assegnate in forma delegata dal Distretto	Tenuta sotto controllo del budget	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE MIN MAX		PESO
	A1.D1.2	Rispettare le procedure amministrativo contabili inerenti il ciclo passivo	Rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori, corretta gestione dei pagamenti in fattura e gestione fatture parcheggiate	Monitoraggio fattori produttivi e rendicontazione al Disretto per la verifica della Spesa	N. liquidazioni effettuate entro i 60 giorni dall'arrivo della fattura/ n. liquidazioni totali Corrispondenza dalla entrata fattura con data base salvo variazioni per motivi oggettivi (documentati)	100%			3
						100%			3
		PESO OBIETTIVI EQUILIBRIO ECONOMICO							6



Handwritten signature and initials.


USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
		DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE				Responsabile Dr.ssa Antonia Tamantini			
		Anno 2018				PIANO DEGLI OBIETTIVI			
		OBIETTIVI				AZIONI			
		OBIETTIVI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DEI DATI E DEI FLUSSI INFORMATIVI				INDICATORI			
		VALORE NEGOTIATO				RANGE		PESO	
						MIN	MAX		
Flussi Informativi	B2.D1.1a	Migliorare la qualità dei flussi informativi regionali e nazionali NSIS relativi all'assistenza territoriale e del Sistema Informativo Aziendale attraverso la corretta e completa registrazione dei dati da parte dei Servizi Territoriali nel SW gestionale preposti	Puntuale, tempestiva, pertinente, corretta e completa registrazione dei dati nel sistema gestionale AI@nle per alimentare le informazioni sull'assistenza della Salute Mentale e il flusso SISIM nel rispetto della procedura aziendale	% di informazioni complete nei tempi previsti per il flusso SISIM	100%	= > 98	100%	5	
	B2.D1.1b		Puntuale, tempestiva, pertinente, corretta e completa registrazione dei dati nel sistema gestionale AI@nle per alimentare le informazioni sull'assistenza ai Minori e in Età Evolutiva	% di informazioni complete nei tempi previsti per i dati dell'Eia Evolutiva	100%	= > 98	100%	5	
	B4.D1.1a	Migliorare la qualità dei flussi informativi regionali e nazionali NSIS relativi all'assistenza ospedaliera e del Sistema Informativo Aziendale attraverso la corretta e completa registrazione dei dati da parte delle Strutture di Degenza nel SW SINCOS	Puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati nel sistema gestionale JHis delle strutture di degenza preposto per alimentare le informazioni sull'assistenza Ospedaliera in regime di ricovero	% di informazioni complete nei tempi previsti con chiusura delle SDO entro 15 giorni dalla dimissione	100%	= > 98	100%	3	
	B4.D1.1b		Controllo sistematico della casistica dei DRG potenzialmente inappropriati con effettuazione dei controlli sul 100% delle cartelle cliniche inviate al controllo	Effettuazione controlli sulle cartelle cliniche come da disposizioni ministeriali per la verifica di concordanza SDO/cartella clinica	> 10	= 10	> 10	3	
	B4.D1.1c			Effettuazione controlli sulle cartelle cliniche come da disposizioni ministeriali per la verifica di appropriatezza del trattamento	> 2,5	= 2,5	> 2,5	3	
	B5.D1.1a	Migliorare la qualità dei flussi informativi regionali e nazionali NSIS relativi ai Flussi di Governo e del Sistema Informativo Aziendale attraverso la corretta e completa compilazione dei moduli dei Flussi di Governo (FLS, STS, HSP...) nel rispetto della procedura aziendale	Trasmissione dei flussi nel rispetto delle modalità, della completezza, della qualità e delle scadenze previste dalle disposizioni nazionali e regionali in aderenza alla procedura aziendale	% modelli inviati rispetto alle strutture di riferimento	100%	= > 98	100%	3	
B5.D1.1b			% congruità dei dati inseriti nei flussi di governo con i dati dei flussi informativi delle attività sanitarie	100%	= > 98	100%	3		
								PESO OBIETTIVI FLUSSI INFORMATIVI	
								25	

USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA				DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE			
		DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE							
		Responsabile Dr.ssa Antonia Tamantini							
		Anno 2018							
		PIANO DEGLI OBIETTIVI							
		C1 OBIETTIVI DI TIPO ORGANIZZATIVO							
	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO	RANGE		PESO		
					MIN	MAX			
C2.D1.1	Promuovere la qualificazione dei servizi di afferenza del Dipartimento in collaborazione con i Distretti al fine di garantire uniformità di accesso ai servizi nei diversi ambiti territoriali	Definizione delle tipologie di prestazioni da garantire	Stesura nomenclatore prestazione entro 30.6.2018 per l'utilizzo in tutti i servizi	100%			2		
C2.D1.2	Promuovere l'integrazione con il Dipartimento delle Dipendenze per la tutela e la presa in carico dei pazienti con doppia diagnosi	Definizione dei Percorsi per la gestione e di un Piano congiunto per la gestione del disagio giovanile	Definizione percorsi entro 31.7.2018	100%			2		
C2.D1.3a	Riorganizzazione del servizio di Neuropsichiatria Infantile e Servizi dell'età evolutiva su base aziendale e integrazione con i servizi territoriali di salute mentale, di riabilitazione, e per le disabilità	Predisposizione documento di riorganizzazione dei servizi con distribuzione e qualificazione delle competenze sul territorio aziendale	Presentazione bozza documento di riorganizzazione entro 30.4.2018	100%			2		
C2.D1.3b		Predisposizione documento di integrazione dei servizi orientata a definire percorsi di presa in carico con gestione dei passaggi da un servizio ad un altro.	Presentazione bozza documento di integrazione entro 30.6.2018	100%			2		
C2.D1.4	Attivazione Osservazione Psichiatrica Carcere di Spoleto	Definizione dei protocolli di presa in carico dei detenuti nella Sezione di Osservazione Psichiatrica	Presentazione protocolli entro 28.2.2018	> 90%			2		
C2.D1.5	Garantire la presa in carico degli utenti della salute mentale ex-OPGIREMS/Misure alternative alla detenzione.	Elaborazione piani assistenziali, residenziali o domiciliari, per gli utenti in carico autori di reato in accordo con il Distretto	Presa in carico di tutti gli utenti interessati	100%			2		
C3.D1.1a	Promuovere e qualificare l'integrazione territorio - ospedale favorendo le azioni di governance finalizzate alla continuità assistenziale anche attraverso incontri periodici fra Distretto e Ospedale	Favorire l'integrazione ospedale-territorio attraverso lo sviluppo della collaborazione tra SPDC di Foligno e di Terni e CSM aziendali per garantire appropriatezza del ricovero e continuità delle cure	Stesura e implementazione delle procedure aziendali per la presa in carico degli SPDC per continuità cura con territorio	100%			2		



		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA								
		DIREZIONE AZIENDALE								
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE								
		DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE								
		Responsabile <i>Dr.ssa Antonia Tamantini</i>								
		Anno 2018								
PIANO DEGLI OBIETTIVI										
	C.1.D.1.b	coinvolgendo le figure interessate al confronto (medici, infermieri) per migliorare e favorire l'integrazione	Definizione con il DEA delle procedure per garantire l'accesso agli interventi in urgenza/emergenza in Pronto Soccorso e in tutto il territorio aziendale	Stesura e implementazione delle procedure aziendali per la gestione dell'urgenza psichiatrica	100%				2	
PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI										16



USL

Umbria2

SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
		DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE					
		Responsabile Dr.ssa Antonia Tamantini					
		Anno 2018					
		PIANO DEGLI OBIETTIVI					
		di OBIETTIVI di ATTIVITA'					
OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO	RANGE		PESO	
				MIN	MAX		
D2.D1.1a	Migliorare e qualificare l'assistenza nei servizi del CSM, anche al fine di uniformare le procedure di accoglienza, di presa in carico e di gestione dei percorsi per tutelare la salute mentale nell'intero ciclo di vita con particolare attenzione ai disturbi mentali gravi attraverso azioni che favoriscano l'inserimento sociale e lavorativo e che migliorino la qualità della vita del nucleo familiare	N. utenti CSM totali	6.927	6.788	6.927	2	
D2.D1.1b		Rispetto dei tempi di attesa per le visite di primo accesso (30 gg)	90%	80%	100%	3	
D2.D1.2a	Migliorare e qualificare l'assistenza nei servizi dell'età evolutiva e della neuropsichiatria infantile anche al fine di uniformare le procedure di accoglienza, di presa in carico e di gestione dei percorsi per tutelare la salute dell'età evolutiva assicurando la presa in carico al passaggio all'età adulta	N. utenti NPI totali	1.428		1.428	2	
D2.D1.2b		Rispetto dei tempi di attesa per le visite di primo accesso (30 gg)	90%	80%	100%	3	
D2.D1.3a	Migliorare e qualificare l'assistenza ai pazienti al fine di ridurre l'istituzionalizzazione attraverso il potenziamento dei Servizi Semiresidenziali e la rivalutazione dei pazienti inseriti nelle strutture residenziali al fine della promozione della riabilitazione e dell'inclusione socio-lavorativa	Tasso Utilizzo posti strutture semiresidenziali a gestione diretta	> 95	90%	100%	2	
D2.D1.3b		Rivalutazione soggetti inseriti in strutture residenziali con formulazione di piani terapeutico-riabilitativi personalizzati	90%	80%	100%	3	
D3.D1.1a	Rispetto volumi prestazioni di ricovero ospedaliero	Volume dimessi	600	550	600	2	
D3.D1.1b	Miglioramento, potenziamento e qualificazione dell'assistenza nelle strutture ospedaliere per il raggiungimento degli	C14.2 - Percentuale ricoveri in dh medico con finalità diagnostica	< 18,00	20,0%	< 18,00	2	
		Dimensione Unità di ammissione del setting					

Attività


Dichiarazione l'autore di aver compilato il foglio




USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA				
		DIREZIONE AZIENDALE				
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE				
		DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE				
		Responsabile <i>Dr.ssa Antonia Tamantini</i>				
		Anno 2018				
		PIANO DEGLI OBIETTIVI				
D3.D1.1c	standard del sistema e il mantenimento delle soglie di volume ed esito delle strutture per promuovere l'efficacia e l'efficienza degli interventi assistenziali in ambito ospedaliero e per promuovere la qualità degli interventi assistenziali (parametri di riferimento relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure dei DM 70/2015, obiettivi Patto per la Salute, volumi ed esiti PNE, obiettivi MeS, legge di stabilità 2016)	Promuovere l'utilizzo appropriato dei servizi assistenziali (regime ordinario, regime diurno, ambulatorio)	C14.3 - Percentuale ricoveri ordinari medici brevi	< 15,00	< 15,00	2
			C14.4 Percentuale ricoveri medici olivresoglia >= 65 anni	< 2,5	< 2,5	2
		Riduzione dimissioni volontarie dai reparti	D18 % dimissioni volontarie	< 0,5	< 0,5	2
		Promuovere l'utilizzo di appropriato dei posti letto e delle giornate di degenza per garantire una corretta ospedalizzazione per acuti	Degenza media ricoveri medici ordinari	< 14 gg.	< 14 gg.	2
			Tasso Utilizzo posti letto	> 85%	> 85%	2
		Definizione volumi di attività prestazioni ambulatoriali ALPI	Rispetto dei volumi di attività offerti in ALPI nella struttura che devono essere inferiori ai volumi erogati dalle Strutture (CSM, NPI)	5.132	5.132	2
D4.D1.1b	Potenziare l'offerta delle prestazioni ambulatoriali per mantenere adeguati e appropriati livelli dell'offerta rispetto alla domanda e garantire il contenimento dei tempi di attesa in aderenza alla DGR 498/2016 e alla Delibera del Direttore Generale 664/2016					
PESO OBIETTIVI DI ATTIVITA'						31

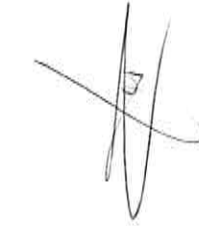

Handwritten signature and initials.





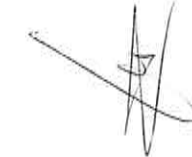
 <b>USL Umbria2</b>		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE						
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
		DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE						
		Responsabile <i>Dr.ssa Antonia Tamantini</i>						
		Anno 2018						
		<u>PIANO DEGLI OBIETTIVI</u>						
		<u>E OBIETTIVI PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE, QUALITA', APPROPRIATEZZA E SICUREZZA DELLE CURE</u>						
Qualità, Appropriatazza e Sicurezza delle Cure		<b>OBIETTIVI</b>	<b>AZIONI</b>	<b>INDICATORI</b>	<b>VALORE NEGOTIATO</b>	<b>RANGE MIN</b>	<b>RANGE MAX</b>	<b>PESO</b>
	E1	Promuovere la gestione di qualità delle attività delle strutture e dei servizi attraverso il conseguimento dell'accredimento/della certificazione o l'avvio delle procedure per il SGQ per assicurare gli standard e i livelli di conformità previsti dalle norme di Accreditamento Istituzionale e dalle norme ISO	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Qualità e Accreditamento e sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	95%	100%	5
	E2	Promuovere la cultura del risk management e della gestione del rischio clinico al fine di identificare i potenziali rischi e le risposte adeguate perseguendo obiettivi aziendali strategici ben delineati.	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Rischio Clinico e sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	95%	100%	4
	E3	Garantire la gestione appropriata nell'utilizzo dei beni sanitari per le strutture di pertinenza Promuovere il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed autorizzativa	Strutturazione del programma specifico e dei tetti di spesa per la struttura con il Dipartimento di Assistenza Farmaceutica e sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	95%	100%	3
<b>PESO OBIETTIVI QUALITA', APPROPRIATEZZA, SICUREZZA DELLE CURE</b>								
<b>12</b>								


 <b>USL Umbria2</b>		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
		DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE						
		Responsabile <i>Dr.ssa Antonia Tamantini</i>						
		Anno 2018						
		<u>PIANO DEGLI OBIETTIVI</u>						
		<u>F. OBIETTIVI PER LA REALIZZAZIONE DEI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI</u>						
Piani Attuativi		<b>OBIETTIVI</b>	<b>AZIONI</b>	<b>INDICATORI</b>	<b>VALORE NEGOTIATO</b>	<b>RANGE</b>  <b>MIN</b>  <b>MAX</b>		<b>PESO</b>
	F1	Attuazione delle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione vigente	Mappatura processi e individuazione attività di rischio per la struttura con l'ufficio Prevenzione Corruzione e sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%			5
	F2	Attuazione delle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale per l'Integrità e la Trasparenza vigente	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Responsabile Amministrazione Trasparente e sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%			5
					<b>PESO OBIETTIVI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI</b>		<b>10</b>	
					<b>PESO TOTALE</b>		<b>100</b>	

 <b>USL Umbria2</b>		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA	
		DIREZIONE AZIENDALE	
UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE			
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE			
Responsabile <i>Dr.ssa Antonia Tamantini</i>			
Anno 2018			
<b>PIANO DEGLI OBIETTIVI</b>			
NOTA A	E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura, nonché del/i responsabile/i di posizione organizzativa illustrare e condividere, con tutto il personale afferente la struttura, gli obiettivi gestionali assegnati. L'assolvimento degli obblighi di legge in merito a prevenzione della corruzione, trasparenza ed integrità in capo ai Responsabili di struttura (dirigenti e titolari P.O.) costituisce condizione di accesso all'istituto della retribuzione di risultato/ produttività collettiva per detti soggetti. L'illustrazione e condivisione degli obiettivi a tutto il personale della struttura vanno verbalizzate e i verbali redatti con individuazione dei convocati e le firme dei presenti vanno trasmessi al Controllo di Gestione entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi e/o dei piani specifici.		
NOTA B	L'illustrazione e la condivisione va fatta anche per tutti gli altri piani, se assegnati alla struttura (qualità e accreditamento, rischio clinico), per consentire la piena attuazione. I momenti di illustrazione e condivisione vanno verbalizzati Tale operatività rappresenta obiettivo specifico del Direttore/ Responsabile nonché del/i responsabile/i di posizione organizzativa utile ai fini della sua valutazione individuale.		
NOTA C	E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura e di tutti gli altri Valutatori presenti nella struttura assegnare gli obiettivi di performance individuali a tutte le risorse umane afferenti la struttura attraverso l'utilizzo dei moduli previsti dalla procedura (01,02,03,04,05) specificando per gli item A. obiettivi specifici se individuati. Tutte le schede previste sottoscritte dal valutatore e dal valutato vanno trasmesse all'Ufficio Relazioni Sindacali e Politiche del Personale entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi gestionali. Tutte le schede previste dovranno essere valutate per gli item A entro il 28.2.2019 e trasmesse all'Ufficio Relazioni Sindacali entro il 10.3.2019. Tali operatività rappresentano obiettivo specifico del Valutatore utile ai fini della valutazione individuale del valutatore.		
NOTA D	La struttura è tenuta ad inviare le relazioni di andamento periodico, su base trimestrale entro 30 gg. dalla scadenza del trimestre, utilizzando il modulo specifico, e la relazione finale entro il 28 febbraio 2019. La mancata trasmissione delle relazioni suddette comporta una decurtazione del punteggio finale pari al massimo al 10% del totale ottenuto.		
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile	
Terni 18.1.2018			
		Timbro e Firma Direzione	




USL Umbria2		SCHEDE OBIETTIVI AREA SANITARIA				
		DIREZIONE AZIENDALE				
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE				
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE						
Responsabile Dr.ssa Antonia Taramitani						
Anno 2018						
PIANO DEGLI OBIETTIVI						
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE RIFERITO	RANGE MIN MAX	PESO
EL.D1.1	Completamento sviluppo del sistema gestione qualità per l'accreditamento del servizio di riabilitazione psichiatrica	Completamento del SQO definito	Redazione delle procedure previste	100%		1
EL.D1.2	Mantenimento certificazione e accreditamento SPDC Foligno e Terni	Corretta applicazione SQO definito	Supplemento verifica	100%		1
EL.D1.3	Avvio accreditamento dei CSM	1) Costituzione gruppo di lavoro aziendale 2) implementazione documentazione definita	Redazione delle procedure previste	100%		1
EL.D1.4	Completamento PDTA disturbi del linguaggio -area neuropsichiatrica infantile	1) Completamento del PDTA regionale 2) implementazione	Redazione delle procedure previste	100%		1
EL.D1.5	Completamento PDTA disturbi del comportamento -area neuropsichiatrica infantile	1) Completamento del PDTA regionale 2) implementazione	Redazione delle procedure previste	100%		1
						5
				PESO OBIETTIVI FI		

Qualità, Appropriatezza e Sicurezza delle Cure

Sede e Data negoziazione  
 Terni 18.1.2018

Firma Responsabile  
 Timbro e Firma Direzione



**USL Umbria2**

SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

DIREZIONE AZIENDALE

UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

Responsabile Dr.ssa Antonia Tamantini

ANNO 2018

PIANO DEGLI OBIETTIVI

PER GLI OBIETTIVI 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100

OBIETTIVI	AZIONI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
			MIN	MAX	
Qualità, Appropriatazza e Sicurezza delle Cure E3.D1.1 E3.D1.2 E3.D1.3	Promuovere l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica finalizzata alla sicurezza delle cure e all'efficiente utilizzo delle risorse farmaceutiche	Valore economico	1.190.245,15	1.190.245,15	1
	Alimentazione dei dati mobilità attiva farmaceutica nella procedura informatica "FILE F"	Numero farmaci inseriti nella procedura "FILE F" numero farmaci erogati a pazienti (raccontati)	100%	100%	1
	Migliorare la compliance dell'assistenza farmaceutica	Promozione di incontri con il DAF per l'appropriatezza prescrittiva con analisi dei dati di spesa e di prescrizione	almeno 2 incontri/anno		1
			PESO OBIETTIVI E3		3

Sede e Data negoziazione  
Torna 18.1.2018

Firma Responsabile  
Timbro e Firma Direzione

USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA				
		DIREZIONE AZIENDALE				
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE				
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE						
Responsabile Dr.ssa Antonia Tamantini						
Anno 2018						
<b>PIANO DEGLI OBIETTIVI</b>						
OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO	RANGE MIN	RANGE MAX	PESO
F1.D.1.1 Autorizzazione inserimenti in strutture residenziali a gestione diretta/indiretta: - Scavalco lista attesa - Attività volta a favorire determinate strutture	<ul style="list-style-type: none"> <li>Partecipazione di più operatori nel processo. Gli inserimenti vengono valutati dalle UU.VV.MM. (Organismo composto da più membri)</li> <li>Inserimento in lista di attesa in rigoroso ordine cronologico attraverso il Protocollo informatizzato</li> <li>Applicazione del regolamento aziendale anche per gli inserimenti in urgenza</li> <li>La scelta della struttura avviene direttamente da parte del diretto interessato/AUS</li> <li>Dichiarazione assenza conflitto di interesse</li> </ul>	N° utenti inseriti in struttura secondo regolamento aziendale / N° utenti inseriti = 100% N° domande idonee protocollate / N° inserimenti = 100% Attestazione assenza conflitto di interesse per ogni componente UMW in ogni verbale	100% con relazione entro il 30 novembre di ogni anno per 12 mesi precedenti			2
F1.D.1.2 Autorizzazione inserimenti in strutture semiresidenziali/sociosanitarie accreditate e a gestione diretta: - Controllo il rischio potenziale di favorire un ingresso	<ul style="list-style-type: none"> <li>Partecipazione di più operatori. Gli inserimenti vengono valutati dalle UU.VV.MM. (Organismo composto da più membri)</li> <li>Dichiarazione assenza conflitto di interesse</li> </ul>	N° richieste inserimento = n° casi valutati Verifica casi valutati positivamente e relativi inserimenti N° dichiarazioni conflitto interesse="casi" validati Attestazione assenza conflitto di interesse per ogni componente UMW in ogni verbale	100% con relazione entro il 30 novembre di ogni anno per 12 mesi precedenti			1
F1.D.1.3 Controllare il rischio potenziale di svolgimento funzioni in presenza di mancato rispetto del regolamento ALPI	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adottato regolamento per svolgimento LP</li> <li>Adottato tariffario unico</li> <li>Applicazione rigorosa del regolamento</li> <li>Determinazione costi/attività sanzionatoria normale e dal controllo assegnato ai dirigenti</li> <li>Le agende di prenotazione devono essere configurate, sotto il controllo diretto del personale dell'azienda in stretta coerenza con l'attività autorizzata in termini di fascia oraria e tempo unitario delle singole prestazioni</li> </ul>	Relazione sul rispetto del regolamento	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per 12 mesi precedenti			1
F1.D.1.4 Controllare il rischio potenziale di svolgimento funzioni in presenza di conflitto di interesse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Completazione delle autocertificazioni sulla presenza/assenza di conflitto di interesse</li> </ul>	Report di monitoraggio sugli esiti delle autocertificazioni sui conflitti di interesse	100% delle autocertificazioni dovute con relazione entro il 30 novembre di ogni anno			1
PESO OBIETTIVI FI						5
Sede e Data negoziazione Termini 18.1.2018		Firma Responsabile Timbro e Firma Direzione				




US Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA	
		DIREZIONE AZIENDALE	
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE	
		DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	
		Responsabile <i>Dr.ssa Antonia Zanantini</i>	
		Anno 2018	
		PIANO DEGLI OBIETTIVI	
		OBIETTIVI	
		OBIETTIVO 1: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 2: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 3: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 4: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 5: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 6: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 7: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 8: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 9: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 10: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 11: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 12: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 13: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 14: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 15: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 16: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 17: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 18: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 19: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 20: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 21: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 22: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 23: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 24: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 25: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 26: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 27: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 28: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 29: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 30: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 31: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 32: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 33: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 34: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 35: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 36: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 37: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 38: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 39: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 40: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 41: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 42: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 43: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 44: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 45: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 46: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 47: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 48: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 49: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 50: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 51: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 52: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 53: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 54: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 55: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 56: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 57: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 58: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 59: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 60: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 61: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 62: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 63: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 64: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 65: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 66: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 67: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 68: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 69: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 70: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 71: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 72: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 73: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 74: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 75: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 76: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 77: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 78: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 79: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 80: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 81: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 82: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 83: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 84: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 85: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 86: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 87: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 88: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 89: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 90: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 91: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 92: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 93: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 94: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 95: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 96: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 97: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 98: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 99: SODDISFACENZA	
		OBIETTIVO 100: SODDISFACENZA	




# **BUDGET 2018**


## **DIPARTIMENTO DIPENDENZE**


 <b>USL Umbria2</b>		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA										
		DIREZIONE AZIENDALE										
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE										
		DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE										
		Responsabile <i>Dr.ssa Sonia Biscontini</i>										
		Anno 2018										
		PIANO DEGLI OBIETTIVI										
		A. OBIETTIVI PER IL MANTENIMENTO DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO										
		OBIETTIVI		AZIONI		INDICATORI		VALORE NEGOZIATO	RANGE MIN MAX		PESO	
Contabilità Generale e Analitica	A1.D2.1	Gestione Risorse assegnate in forma delegata dal Distretto	Tenuta sotto controllo del budget	Monitoraggio fattori produttivi e rendicontazione al Distretto per la verifica della Spesa	100%					3		
	A1.D2.2	Rispettare le procedure amministrativo contabili inerenti il ciclo passivo	Rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori, corretta gestione dei pagamenti in fattura e gestione fatture parcheggiate	N. liquidazioni effettuati entro i 60 giorni dall'arrivo della fattura/ n. liquidazioni totali Corrispondenza data entrata fattura con data base salvo variazioni per motivi oggettivi (documentati)	100%					3		
		PESO OBIETTIVI EQUILIBRIO ECONOMICO										6


 <b>USL Umbria2</b>		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA				
DIREZIONE AZIENDALE						
UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE						
Responsabile <i>Dr.ssa Sonia Biscontini</i>						
Anno 2018						
<u>PIANO DEGLI OBIETTIVI</u>						
<u>S. OBIETTIVI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DEI DATI E DEI FLUSSI INFORMATIVI</u>						
	<b>OBIETTIVI</b>	<b>AZIONI</b>	<b>INDICATORI</b>	<b>VALORE NEGOCIATO</b>	<b>RANGE MIN MAX</b>	<b>PESO</b>
B2.D2.1a	Migliorare la qualità dei flussi informativi regionali e nazionali NSIS relativi all'assistenza territoriale e del Sistema Informativo Aziendale attraverso la corretta e completa registrazione dei dati da parte dei Servizi Territoriali nei SW gestionale preposti	Puntuale, tempestiva, pertinente, corretta e completa registrazione dei dati nel sistema gestionale MFP3 per alimentare le informazioni sull'assistenza ai pazienti con dipendenze patologiche e il flusso SIND	% di informazioni complete nei tempi previsti nel flusso SIND	100%	= > 98 100%	5
B2.D2.1b		Rendicontazione periodica e annuale delle attività di pertinenza attraverso la produzione della reportistica specifica su format definito (Dipendenze, Consulenti Riabilitazione)	Trasmissione reportistica richiesta al controllo di gestione su base trimestrale, su format prestabilito, entro 30 giorni dalla chiusura del trimestre	100%	= > 98 100%	4
B5.D2.1a	Migliorare la qualità dei flussi informativi regionali e nazionali NSIS relativi ai Flussi di Governo e del Sistema Informativo Aziendale attraverso la corretta e completa compilazione dei moduli dei Flussi di Governo (FLS, STS, HSP...) nel rispetto della procedura aziendale	Trasmissione dei flussi nel rispetto delle modalità, della completezza, della qualità e delle scadenze previste dalle disposizioni nazionali e regionali in aderenza alla procedura aziendale	% modelli inviati rispetto alle strutture di riferimento	100%	= > 98 100%	3
B5.D21b			% congruità dei dati inseriti nei flussi di governo con i dati dei flussi informativi delle attività sanitarie	100%	= > 98 100%	3
PESO OBIETTIVI FLUSSI INFORMATIVI						15




 <b>USL Umbria2</b>		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA				
		DIREZIONE AZIENDALE				
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE				
		DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE				
		Responsabile <i>Dr.ssa Sonia Biscontini</i>				
		Anno 2018				
		<u>PIANO DEGLI OBIETTIVI</u>				
		<u>C. OBIETTIVI DI TIPO ORGANIZZATIVO</u>				
	<b>OBIETTIVI</b>	<b>AZIONI</b>	<b>INDICATORI</b>	<b>VALORE NEGOTIATO</b>	<b>RANGE MIN MAX</b>	<b>PESO</b>
Organizzazione	C.2.D2.1	Promuovere l'integrazione con il Dipartimento Salute Mentale per la tutela e la presa in carico dei pazienti con doppia diagnosi	Definizione dei Percorsi per la gestione e di un Piano congiunto per la gestione del disagio giovanile	Definizione percorsi entro 31.7.2018	100%	4
	C.2.D2.2a			Piena attivazione dei due Centri di riferimento e punto di ascolto di Terni e Foligno	100%	4
	C.2.D2.2b	Attivazione misure connesse con la prevenzione del Gioco d'Azzardo Patologico come da DGR n.490/2017	Rispetto del cronoprogramma di realizzazione degli obiettivi previsti dalla DGR 490	Piena attivazione del punto di ascolto di Orvieto	100%	4
	C.2.D2.2c			Pianificazione e programmazione programmi previsti dalla DGR con adozione delibera	100%	4
	C.2.D2.3	Garantire la piena attività dei CAF in tutti i Distretti al fine di ridurre l'abitudine al fumo	Attivazione dei Corsi in tutti i CAF con definizione dei percorsi e registrazione al CUP	Attivazione percorsi in tutti i CAF con procedure omogenee	100%	4
	C.2.D2.4	Gestione del sistema documentale informatizzato	Corretta verifica diagnosi	N. diagnosi complete/ numero utenti	100% (rilevazione IV trimestre)	4
<b>PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI</b>						<b>24</b>



**USL Umbria2**

SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

DIREZIONE AZIENDALE

UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE

DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

Responsabile Dr.ssa Sonia Biscontini

Anno 2018


PIANO DEGLI OBIETTIVI


OBIETTIVI	AZIONI	OBIETTIVI DI ATTIVITA'	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO	RANGE	PESO	
D2.D2.1.a	Promuovere la prevenzione delle malattie infettive trasmissibili, la cura delle intossicazioni acute e croniche da sostanze psicotrope, la promozione di stili di vita più salutari, al fine del miglioramento complessivo della qualità di vita attraverso l'assistenza qualificata nei servizi SERT e Alcologia	Garantire le corrette modalità organizzative ed erogative per la gestione dell'offerta delle prestazioni cliniche dei servizi	N. utenti SERT-SERO totali	3.100	3.000	3.100	4
D2.D2.1.b		Garantire il contenimento dei tempi di attesa e l'equità di accesso ai servizi	Rispetto dei tempi di attesa per le visite di primo accesso (30 gg)	90%	80%	100%	4
D2.D2.2	Garantire l'assistenza qualificata ai pazienti inseriti nelle strutture residenziali	Identificazione trattamenti residenziali per soggetti affetti da dipendenze specifiche	Inserimento pazienti rispetto alla tipologia di bisogno con identificazione degli inserimenti	100%	90%	100%	4
D2.D2.3	Garantire la presa in carico dei bisogni assistenziali ai detenuti	Interventi finalizzati alla gestione delle patologie di interesse e di doppia diagnosi con la Salute Mentale	n° presa in carico effettuate/n° richieste entro 30 gg.	100%			4
D2.D2.4.a	Applicazione modelli assistenziali e di presa in carico dei pazienti nel rispetto dei protocolli adottati	Applicazioni procedura accoglienza e presa in carico	N. accoglienza e presa in carico nel rispetto della procedura	100%	90%	100%	4
D2.D2.4.b		Applicazioni procedura inserimento in comunità terapeutica	N. inserimento in CT nel rispetto della procedura	100%	90%	100%	4
D2.D2.5	Potenziare l'offerta delle prestazioni ambulatoriali per mantenere adeguati e appropriati livelli dell'offerta rispetto alla domanda e garantire il contenimento dei tempi di attesa in aderenza alla DGR 498/2016 e alla Delibera del Direttore Generale 664/2016	Definizione volumi di attività prestazioni ambulatoriali ALPI	Rispetto dei volumi di attività offerti in ALPI nella struttura che devono essere inferiori ai volumi erogati dalle Strutture (SERT, SERO)	960	1.000	960	4
PESO OBIETTIVI DI ATTIVITA'							28

USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA				
		DIREZIONE AZIENDALE				
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE				
		DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE				
		Responsabile Dr.ssa Sonia Biscontini				
		Anno 2018				
		PIANO DEGLI OBIETTIVI				
		5. OBIETTIVI PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE, QUALITÀ, APPROPRIATEZZA E SICUREZZA DELLE CURE				
Qualità, Appropriatezza e Sicurezza delle Cure	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO	RANGE MIN MAX	PESO
	E.1	Promuovere la gestione di qualità delle attività delle strutture e dei servizi attraverso il conseguimento dell'accreditamento/della certificazione o l'avvio delle procedure per il SGQ, per assicurare gli standard e i livelli di conformità previsti dalle norme di Accreditazione Istituzionale e dalle norme ISO	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Qualità e Accredimento e sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	100%	95% 100%	5
	E.2	Promuovere la cultura del risk management e della gestione del rischio clinico al fine di identificare i potenziali rischi e le risposte adeguate perseguendo obiettivi aziendali strategici ben delineati.	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Rischio Clinico e sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	100%	95% 100%	3
	E.3	Garantire la gestione appropriata nell'utilizzo dei beni sanitari per le strutture di pertinenza Promuovere il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed autorizzativa	Strutturazione del programma specifico e dei tetti di spesa per la struttura con il Dipartimento di Assistenza Farmaceutica e sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	100%	95% 100%	6
	E.4	Promuovere le attività di promozione della Salute in aderenza a quanto previsto dal Piano della Prevenzione con il supporto del Servizio Promozione della Salute	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Promozione della Salute e sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	100%	95% 100%	3
PESO OBIETTIVI QUALITÀ, APPROPRIATEZZA, SICUREZZA DELLE CURE						17



USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA											
		DIREZIONE AZIENDALE											
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE											
		DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE											
		Responsabile Dr.ssa Sonia Biscontini											
		Anno 2018											
		PIANO DEGLI OBIETTIVI											
		F1 OBIETTIVI PER LA REALIZZAZIONE DEI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI											
		OBIETTIVI		AZIONI		INDICATORI		VALORE NEGOTIATO		RANGE MIN MAX		PESO	
Piani Attuativi		F1	Attuazione delle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione vigente	Mappatura processi e individuazione attività di rischio per la struttura con l'ufficio Prevenzione Corruzione e sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					100%				5
		F2	Attuazione delle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale per l'integrità e la Trasparenza vigente	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Responsabile Amministrazione Trasparente e sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					100%				5
		PESO OBIETTIVI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI											
		10											
		PESO TOTALE 100											
NOTA A	E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura, nonché dell'/i responsabile/i di posizione organizzativa illustrare e condividere, con tutto il personale afferente la struttura, gli obiettivi gestionali assegnati. L'assolvimento degli obblighi di legge in merito a prevenzione della corruzione, trasparenza ed integrità in capo ai Responsabili di struttura (dirigenti e titolari P.O.) costituisce condizione di accesso all'istituto.												
NOTA B	L'illustrazione e condivisione degli obiettivi a tutto il personale della struttura vanno verbalizzate e i verbali redatti con individuazione dei convocati e le firme dei presenti vanno trasmesse al Controllo di Gestione entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi e/o dei piani specifici.												
NOTA C	L'illustrazione e la condivisione va fatta anche per tutti gli altri piani, se assegnati alla struttura (qualità e accreditamento, rischio clinico), per consentire la piena attuazione. I momenti di illustrazione e condivisione vanno verbalizzati. Tale operatività rappresenta obiettivo specifico del Direttore/Responsabile nonché dell'/i responsabile/i di posizione organizzativa utile ai fini della sua valutazione individuale.												
NOTA D	E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura e di tutti gli altri Valutatori presenti nella struttura assegnare gli obiettivi di performance individuali a tutte le risorse umane afferenti la struttura attraverso l'utilizzo dei moduli previsti dalla procedura (01.02.03.04.05) specificando per gli item A obiettivi specifici se individuati. Tutte le schede previste sottoscritte dal valutatore e dal valutato vanno trasmesse all'Ufficio Relazioni Sindacali e Politiche del Personale entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi gestionali. Tali operatività rappresentano obiettivo specifico del Valutatore utile ai fini della valutazione individuale del valutatore.												
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile											
Termini 18.1.2018		Timbro e Firma Direzione											



**USL Umbria2**

SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

DIREZIONE AZIENDALE

UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE

DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

Responsabile *Dr.ssa Sonia Biscontini*

Anno 2018

PIANO DEGLI OBIETTIVI


OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
					MIN	MAX	
Qualità, Appropriatazza e Sicurezza delle Cure E.L.D2.1	Completamento sviluppo del Sistema Gestione Qualità per l'Accreditamento SERT e SERO aziendali	Completamento del SGQ definito	Redazione delle procedure previste	100%			5
PESO OBIETTIVI							5

Sede e Data negoziazione  
Terni 18.1.2018


Firma Responsabile  
*[Signature]*

Timbro e Firma Direzione  
*[Signature]*



 <b>USL Umbria2</b>		SCHEDE OBIETTIVI AREA SANITARIA				
DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE						
Responsabile <i>Dr.ssa Sonia Biscontini</i>						
Anno 2018						
PIANO DEGLI OBIETTIVI						
E. OBIETTIVI E2 RISCHIO CLINICO						
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO	RANGE MIN MAX	PESO
E2.D2.1 Qualità, Appropriatazza e Sicurezza delle Cure	Consolidamento del sistema locale di incident reporting: sensibilizzazione alla segnalazione degli eventi avversi e degli eventi evitabili, superamento delle barriere alla segnalazione	Applicazione della PG: Gestione degli eventi avversi ed incident reporting" nelle strutture afferenti	N. eventi avversi o quasi eventi segnalabili, eventi o quasi eventi avvenuti (scheda compilata e trasmessa/anno)	100% entro dicembre 2018		3
PESO OBIETTIVI E2						3
Sede e Data negoziazione Firma Responsabile						
Termi 18.1.2018 Timbro e Firma Direzione						



**USLumbria2**

SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

DIREZIONE AZIENDALE  
UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE

DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

Responsabile *Dr.ssa Sonia Biscontini*


Anno 2018



**PIANO DEGLI OBIETTIVI**  
F. OBIETTIVI PER PROMOZIONE SALUTE


OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORE	VALORE NEGOTIATO	RANGE		PESO
				MIN	MAX	
Qualità, Appropriatezza e Sicurezza delle Cure E.4.D2.1 Realizzazione obiettivi PRP per i progetti con le scuole di ogni ordine e grado (Programma 3 impariamo a resistere progetti 3.1 - 3.2 - 3.5)	Quelle previste dal PRP	Previsi dal PRP - protocolli, insegnanti formati, attività.	70%	60%	90%	3
PESO OBIETTIVI E4						3

Sede e Data negoziazione  
Tem 18.1.2018

Firma Responsabile  
Timbro e Firma Direzione



 <b>USL Umbria2</b>		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA				
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE				
DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE						
Responsabile <i>Dr.ssa Sonia Biscontini</i> Anno 2018						
<b>PIANO DEGLI OBIETTIVI</b>						
N° OBIETTIVI: 11 PREVENZIONE CONSAUZIONALE (in riferimento al Piano alla Mappatura M32)						
OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO	RANGE		PESO
				MIN	MAX	
Piani Attivativi	F1.D2.1 Autorizzazione inserimenti in strutture/comunità terapeutiche per le dipendenze patologiche: controllare il rischio potenziale di - Favorire un ingresso - Favorire una struttura	- L'inserimento è valutato da una équipe multidisciplinare - Dichiarazione assenza conflitto interesse - Presenza di lista d'attesa	Relazione sui risultati	100% con relazione entro il 30 novembre di ogni anno per 12 mesi precedenti		2
	F1.D2.2 Controllare il rischio potenziale di mancato rispetto del regolamento ALPI	• Adottato regolamento per svolgimento LP • Adottato tariffario unico • Applicazione rigorosa del regolamento • Deliberante costituito da attività sanzionatoria normale e dal controllo assegnato ai dirigenti • Le agende di prenotazione devono essere configurate, sotto il controllo diretto del personale dell'azienda in stretta coerenza con l'attività autorizzata in termini di fascia oraria e tempo unitario delle singole prestazioni	Relazione sul rispetto del regolamento	100% con relazione entro il 30 novembre di ogni anno per 12 mesi precedenti		2
	F1.D2.3 Controllare il rischio potenziale di svolgimento funzioni in presenza di conflitto di interesse	• Compilazione delle autocertificazioni sulla presenza/assenza di conflitto di interesse	Report di monitoraggio sugli esiti delle autocertificazioni sui conflitti di interesse	100% delle autocertificazioni dovute con relazione entro il 30 novembre di ogni anno		1
				PESO OBIETTIVI FI		5
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile				
Terni 18.1.2018		 Timbro e Firma Direzione				


 <b>USL Umbria2</b>		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA				
UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE						
Responsabile <i>Dr.ssa Sonia Biscontini</i>						
Anno 2018						
PIANO DEGLI OBIETTIVI						
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORE	VALORE NEGOTIATO	RANGE MIN MAX	PESO
Piani Attivi	F2.D.2.1 Puntuale adempimento di quanto previsto in merito ad articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Publicazione sul sito aziendale sezione Amministrazione Trasparente	100% delle pubblicazioni previste in maniera tempestiva		2
	F2.D.2.2 Puntuale adempimento di quanto previsto in merito ad aggiornamento Sito	Aggiornamento delle informazioni conoscitive della struttura nella sezione "Guida ai Servizi"	Invio scheda formal predisposta dal servizio Comunicazione Aziendale	100% delle pubblicazioni previste in maniera tempestiva		3
PESO OBIETTIVI F2						5
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile				
Termi 18.1.2018		Timbro e Firma Direzione				






# **BUDGET 2018**


## **DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA**

 <b>USLumbria2</b>		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE						
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
		DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA						
		Responsabile Dr. Carlo Farnetti						
		Anno 2018						
		<u>PIANO DEGLI OBIETTIVI</u>						
		<u>B1: OBIETTIVI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DEI DATI E DEI FLUSSI INFORMATIVI</u>						
		<b>OBIETTIVI</b>	<b>AZIONI</b>	<b>INDICATORI</b>	<b>VALORE NEGOTIATO</b>	<b>RANGE</b> <b>MIN</b> <b>MAX</b>		<b>PESO</b>
Flussi Informativi	B3.D3.1	Migliorare la qualità dei flussi informativi regionali e nazionali NSIS relativi alle attività ambulatoriali e del Sistema Informativo Aziendale attraverso la corretta e completa registrazione dei dati da parte delle strutture ambulatoriali nei SW preposti	Garantire la qualità dei dati trasmessi con i flussi attraverso l'effettuazione della validazione dell'erogato nei servizi con monitoraggio della concordanza RAO, per le prestazioni che lo prevedono, nel rispetto della procedura aziendale	% di validazione dell'erogato nei tempi previsti e % della rilevazione della concordanza RAO per le prestazioni che lo prevedono	100%	= > 98	100%	2
	B4.D3.1a	Migliorare la qualità dei flussi informativi regionali e nazionali NSIS relativi all'assistenza ospedaliera e del Sistema Informativo Aziendale attraverso la corretta e completa registrazione dei dati da parte delle Strutture di Degenza nei SW SINCOS	Puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati i nel sistema gestionale JHis delle strutture di degenza preposto per alimentare le informazioni sull'assistenza Ospedaliera in regime di ricovero	% di informazioni complete nei tempi previsti con chiusura delle SDO entro 15 giorni dalla dimissione	100%	= > 98	100%	2
	B4.D3.1b		Controllo sistematico della casistica dei DRG potenzialmente inappropriati con effettuazione dei controlli sul 100% delle cartelle cliniche inviate al controllo	Effettuazione controlli sulle cartelle cliniche come da disposizioni ministeriali per la verifica di concordanza SDO/cartella clinica	> 10	= 10	> 10	2
	B4.D3.1c			Effettuazione controlli sulle cartelle cliniche come da disposizioni ministeriali per la verifica di appropriatezza del trattamento	> 2,5	= 2,5	> 2,5	2
		PESO OBIETTIVI FLUSSI INFORMATIVI						
		8						

USLumbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA				DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE				
		DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA				Responsabile Dr. Carlo Farnetti				
		Anno 2018				PIANO DEGLI OBIETTIVI				
		C. OBIETTIVI DI TIPO ORGANIZZATIVO								
OBIETTIVI		AZIONI		INDICATORI		VALORE NEGOTIATO		RANGE MIN MAX		PESO
C2.D3.1	Promuovere la riorganizzazione e la razionalizzazione dei servizi territoriali in aderenza alle linee di indirizzo regionali e alla programmazione aziendale per: - efficientare il sistema - assicurare percorsi di presa in carico dei pazienti efficaci ed appropriati	Sviluppare la rete territoriale per la gestione delle patologie croniche		Implementazione delle azioni previste dalla DGR 902/2017 recante Piano nazionale della Cronicità		100%				2
C3.D3.1	Promuovere e qualificare l'integrazione territorio - ospedale favorendo le azioni di governance finalizzate alla continuità assistenziale anche attraverso incontri periodici fra Distretto e Ospedale coinvolgendo le figure interessate al confronto (medici, infermieri) per migliorare e favorire l'integrazione	Controllo e monitoraggio dell'attivazione del percorso dimissione potette informatizzato in Atl@nte come da progetto regionale attraverso la compilazione della scheda di Brass		N° gestioni informatizzate / n. richieste totali		100%		98% 100%		2
C4.D3.1	Promuovere la riorganizzazione e la razionalizzazione dei servizi ospedalieri in aderenza alle linee di indirizzo regionali e alla programmazione aziendale	Promuovere la riorganizzazione e la razionalizzazione dei servizi ospedalieri in aderenza alle linee di indirizzo regionali DGR 212/2016) e alla programmazione aziendale (Delibera del Direttore Generale) per: - efficientare il sistema della rete ospedaliera - assicurare percorsi di presa in carico dei pazienti efficaci ed appropriati		Rispetto degli impegni del cronoprogramma con completamento del piano di riordino previsto per il Piano di Riordino della rete ospedaliera: rete e integrazione chirurgie, ortopedia, urologia, otorino, oculistica, chirurgia orale, chirurgia vascolare, chirurgia toracica, chirurgia senologica (BU)		100%		98% 100%		2
C4.D3.2	Promuovere la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera anche attraverso l'utilizzo di appropriati setting assistenziali (regime ordinario, regime diurno, ambulatorio)	Messa a regime dell'attività di Osservazione Breve post-chirurgica come da DGR 389/2016		Attivazione in tutte le strutture		100%				2
C4.D3.3a		Rispetto della programmazione operatoria		Percentuale di interventi rimandati		< 3%		3%		2

 <b>USL Umbria2</b>		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
		DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA						
		Responsabile Dr. Carlo Farnetti						
		Anno 2018						
		<u>PIANO DEGLI OBIETTIVI</u>						
	C4.D3.3b	Promuovere l'efficiente gestione delle risorse attraverso la corretta gestione di utilizzo dei blocchi operatori	Rispetto dell'orario della programmazione operatoria	Percentuale interventi programmati in anestesia spinale con inizio (incisione chirurgica) alle 8.45 e interventi programmati in anestesia generale con inizio (incisione chirurgica) alle 8.30	90%	85%	90%	2
	C4.D3.4a	Garantire le corrette modalità organizzative ed erogative per la gestione dell'offerta delle prestazioni chirurgiche di ricovero e il contenimento dei tempi di attesa nel rispetto della procedura aziendale di riferimento	Corretta alimentazione, gestione ed evasione delle liste di attesa per gli interventi chirurgici in regime di ricovero: - Monitoraggio della concordanza dell'appropriatezza prescrittiva nel rispetto delle griglie del regolamento aziendale - Monitoraggio della gestione delle liste di attesa	Percentuale di pazienti inseriti in lista di attesa congrui con la classe di priorità della griglia	90%	85%	90%	2
	C4.D3.4b			Controllo periodico della lista di attesa per tutti i casi che superano il tempo di attesa previsti	100%			2
	C4.D3.4c			Percentuale di concordanza fra il numero di pazienti operati in maniera programmata (già inseriti in lista di attesa) e il numero di pazienti evasi dalla lista	100%			2
		PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI						
		18						



USL Umbria2

SCHEDA OBIETTIVI

AREA SANITARIA

DIREZIONE AZIENDALE

UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE


DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA

Responsabile Dr. Carlo Farnetti

Anno 2018


PIANO DEGLI OBIETTIVI

OBIETTIVI		D. OBIETTIVI DI ATTIVITA'		VALORE NEGOTIATO	RANGE		PESO
AZIONI	INDICATORI	MIN	MAX				
D3.D3.1	<p>Rispetto volumi prestazioni di ricovero ospedaliero</p> <p>Promuovere l'utilizzo appropriato del setting assistenziali (regime ordinario, regime diurno, ambulatorio)</p>	Volume dimessi	13.000	12.200	13.000	3	
D3.D3.2a		C4.7 - DRG LEA chirurgici - Percentuale ricoveri in Day Surgery	> 75	66,0%	> 75	1	
D3.D3.2b		% Ricoveri ordinari potenzialmente inappropriati da LEA in linea con le percentuali definite a livello regionale	95%	80%	100%	1	
D3.D3.2c		% interventi ernia ombelicale trasferibili in ambulatorio	78%	> 70	78%	1	
D3.D3.2d		% interventi ernia inguinale/cruale monolat. trasferibili in ambulatorio	74%	> 70	74%	1	
D3.D3.2e	% artroscopie trasferibili in ambulatorio	> 50	> 45	> 50	1		
D3.D3.3a	<p>Promuovere l'utilizzo di appropriato dei posti letto e delle giornate di degenza e Migliorare l'offerta e la qualità dell'attività chirurgica erogata con riduzione dei DRG medici e delle giornate di degenza improprie</p>	C3.5 Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati	<1	1	<1	1	
D3.D3.3b		Percentuale di DRG con Degenza media oltre soglia	<1	1	<1	1	
D3.D3.3c		C4.1.1 % DRG medici in ricovero ordinario dimessi da reparti chirurgici (C4.1.1)	<18	<20	<18	1	
D3.D3.3d		C4.1.2 % DRG medici IN DS dimessi da reparti chirurgici	<6	<8	<6	1	
D3.D3.3e		Tasso Utilizzo posti letto	> 85%	> 80%	> 95%	1	


		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA	
DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE		RESPONSABILE Dr. Carlo Farnetti	
DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA		ANNO 2018	
PIANO DEGLI OBIETTIVI		1	

D3.D3.4	Miglioramento, potenziamento e qualificazione dell'assistenza nelle strutture ospedaliere per il raggiungimento degli standard del sistema e il mantenimento delle soglie di volume ed esito delle strutture per promuovere l'efficacia e l'efficienza degli interventi assistenziali in ambito ospedaliero e per promuovere la qualità degli interventi assistenziali (parametri di riferimento relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure del DM 70/2015, obiettivi Patto per la Salute, volumi ed esiti PNE, obiettivi MeS, legge di stabilità 2016)	Riduzione dimissione volontarie dai reparti	D18 % dimissioni volontarie	< 0,35	0,7%	< 0,35	1
D3.D3.5a		Migliorare l'assistenza nei reparti chirurgici garantendo la qualità clinica e l'efficienza nel trattamento chirurgico per migliorare il percorso clinico del paziente con rispetto dei volumi e delle soglie di rischio ed esito	C4.4 % colecistectomie laparoscopiche effettuate in DS e ricovero ordinario 0-1 giorno	55,00%	50,00%	55,00%	2
D3.D3.5b			% appendicectomie urgenti in laparoscopia donne età 15 - 49 aa (DO)	90,00%	85,00%	90,00%	2
D3.D3.5c			C5.2 % fratture del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione	67,00%	60,00%	67,00%	2
D3.D3.5d			C5.3 % Prostatectomia transuretrale	85,00%	80,00%	85,00%	2
D3.D3.5e			C10.2.1 % interventi conservativi e nipple-skin sparing-ricostruttivi alla mammella per tumore maligno	75,00%	70,00%	75,00%	2
D3.D3.5f			C17.1.1 ricoveri sopra soglia 150 annui per tumore maligno alla mammella	> 160	> 150	> 160	2
D3.D3.5g			C17.5.1 ricoveri sopra soglia 50 annui per tumore maligno alla prostata	> 60	> 50	> 60	2
D3.D3.5h			C30.3.2.2 % attrazione extra regione - DRG alta complessità	18,00%	15,00%	18,00%	2
D3.D3.6a			C10.4.1 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	<25	< 28	<25	2
D3.D3.6b			C10.4.2 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata	<25	< 28	<25	2
D3.D3.6c		C10.4.3 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	<25	< 28	<25	2	
D3.D3.6d		C10.4.4 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	<25	< 28	<25	2	
D3.D3.6e		C10.c Tempi di attesa per la chirurgia oncologica	<25	< 28	<25	2	



 <b>USL Umbria2</b>		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE					
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
		DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA					
		Responsabile Dr. Carlo Farnetti					
		Anno 2018					
<b>PIANO DEGLI OBIETTIVI</b>							
D3.D3.7a	Garantire i valori soglia del PNE e gli standard di percorso	CA06 Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	1%				osservazionale
D3.D3.7b		CG01 Colectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni	1%				osservazionale
D3.D3.7c		CG02 Colectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	80				osservazionale
D3.D3.7d		CO01 Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	80				osservazionale
D3.D3.7e		CO02 % di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per TM	70				osservazionale
D3.D3.7f		CO03 Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	1%				osservazionale
D3.D3.7g		CO04 Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni	4%				osservazionale
D3.D3.7h		CO05 Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	3%				osservazionale
D3.D3.7i		OS01 Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	60				osservazionale
D3.D3.7j		OS02 Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	4				osservazionale
D4.D3.1a	Potenziare l'offerta delle prestazioni ambulatoriali per mantenere adeguati e appropriati livelli dell'offerta rispetto alla domanda e garantire il contenimento dei costi	Rispetto dei volumi di attività offerti a CUP per le prestazioni istituzionali (comprese quelle domiciliari laddove previsto). Tale tetto determina anche il volume massimo di prestazioni ALPI per la struttura che deve essere inferiore a quello istituzionale	147.000	145.000	147.000	2	
D4.D3.1b		Rispetto dei volumi di attività offerti in ALPI nella struttura	34.740	35.000	34.740	2	




 <b>USLumbria2</b>		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
				DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA					
				Responsabile Dr. Carlo Farneti					
				Anno 2018					
				PIANO DEGLI OBIETTIVI					
tempi di attesa in aderenza alla DGR 498/2016 e alla Delibera del Direttore Generale 664/2016	D4.D3.2	Monitoraggio erogazione delle prestazioni	Percentuale di prestazioni prenotate sul totale delle prestazioni erogate al netto delle prestazioni per cui è prevista l'accettazione	85%	100%	100%	2		
	D4.D3.3	Monitoraggio tempi di attesa delle prestazioni RAO e delle prestazioni non RAO	% di prestazioni erogate nei tempi previsti per i RAO (RAO U=3gg; B= 10gg; D=30/60gg; P=360 gg) e per i non RAO (30 gg per le visite e 60 gg. per le prestazioni diagnostiche)	90%	85%	100%	3		
							49		
E. OBIETTIVI PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE, QUALITA' APPROPRIATEZZA E SICUREZZA DELLE CURE								PESO OBIETTIVI DI ATTIVITA'	
Qualità, Appropriatezza e Sicurezza delle Cure	OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE MIN MAX		PESO	
	E1	Promuovere la gestione di qualità delle attività delle strutture e dei servizi attraverso il conseguimento dell'accreditamento della certificazione o l'avvio delle procedure per il SGQ per assicurare gli standard e i livelli di conformità previsti dalle norme di Accreditamento Istituzionale e dalle norme ISO	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Qualità e Accreditamento e sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	95%	100%	6	
	E2	Promuovere la cultura del risk management e della gestione del rischio clinico al fine di identificare i potenziali rischi e le risposte adeguate perseguendo obiettivi aziendali strategici ben delineati.	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Rischio Clinico e sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	95%	100%	4	
	E3	Garantire la gestione appropriata nell'utilizzo dei beni sanitari per le strutture di pertinenza Promuovere il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed autorizzativa	Strutturazione del programma specifico e dei tetti di spesa per la struttura con il Dipartimento di Assistenza Farmaceutica e sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	95%	100%	5	
PESO OBIETTIVI QUALITA', APPROPRIATEZZA, SICUREZZA DLE CURE								15	

USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE					
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
		DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA					
		Responsabile Dr. Carlo Farnetti					
		Anno 2018					
		PIANO DEGLI OBIETTIVI					
		F. OBIETTIVI PER LA REALIZZAZIONE DEI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI					
		PESOGli OBIETTIVI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI					
		PESO TOTALE 100					
NOTE	NOTE	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE MIN MAX	PESO
NOTA A		Attuazione delle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione vigente	Mappatura processi e individuazione attività di rischio per la struttura con l'ufficio Prevenzione Corruzione e sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%		6
NOTA B		Attuazione delle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale per l'Integrità e la Trasparenza vigente	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Responsabile Amministrazione Trasparente e sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%		4
NOTA C							
NOTA D							
		Sede e Data negoziazione Firma Responsabile					
		Foligno 7.2.2018 Timbro e Firma Direzione					

USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA			
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE			
		DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA			
		Responsabile Dr. Carlo Farneti			
		Anno 2018			
		PIANO DEGLI OBIETTIVI			
		P. OBIETTIVI DI QUALITA' E ACCREDITAMENTO			
OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO	RANGE MIN MAX	PESO
E1.D3.1	Avvio percorso SQG per accreditamento nelle SC Otorinolaringoiatria e Urologia del PO di Foligno	1) costituzione gruppo di lavoro 2) mappatura dei processi 3) redazioni procedure	redazione delle procedure previste	100%	1
E1.D3.2	Completamento percorso SQG per accreditamento SC Oculistica Foligno-Spoleto e Orvieto	Completamento del SQG definito	redazione delle procedure previste	100%	1
E1.D3.3	Avvio delle procedure per lo sviluppo del SQG e Accreditamento blocchi operatori Orvieto e Spoleto	1) costituzione gruppo di lavoro 2) mappatura dei processi 3) redazioni procedure	redazione delle procedure previste	100%	1
E1.D3.4	Corretta applicazione check-list sicurezza in sala operatoria	Corretto utilizzo della check-list Rev. 00 del 10/12/2015	corretto utilizzo per tutti i pazienti	100%	1
E1.D3.5	Avvio SQG per accreditamento Breast Unit	1) costituzione gruppo di lavoro 2) mappatura dei processi 3) redazione procedure	redazione delle procedure previste		1
E1.D3.6	Mantenimento del SQG nelle strutture accreditate e certificate	Applicazione del SQG definito	applicazione delle procedure previste	100%	1
Qualità, Appropriatazza e Sicurezza delle Cure					6
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile		PESO OBIETTIVI FI	
Foligno 7.2.2018		[Firma]		6	
		Timbro e Firma Direzione			

USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA				
		DIREZIONE AZIENDALE				
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE				
		DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA				
		Responsabile Dr. Carlo Farneti				
		Anno 2018				
<b>PIANO DEGLI OBIETTIVI</b>						
5. OBIETTIVI DI RISCHIO CLINICO						
OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO	RANGE MIN	RANGE MAX	PESO
E2.D3.1a	Consolidamento del sistema locale di incident reporting: sensibilizzazione alla segnalazione degli eventi avversi e degli eventi evitabili, superamento delle barriere alla segnalazione	Realizzazione di almeno 1 Safety Walk Round (SWR) in una struttura afferente	Report SWR	entro dicembre 2018		0.5
E2.D3.1b		Applicazione della PG "Gestione degli eventi avversi ed incident reporting" nelle strutture afferenti	N° eventi avversi o quasi eventi segnalati, avversi o quasi eventi avvenuti (schede compilate e trasmesso/anno)	100% entro dicembre 2018		0.5
E2.D3.2	Prevenzione degli errori in terapia farmacologica	Implementazione delle buone pratiche per la Riconciliazione farmacologica e registrazione sulla SCHEDA PER LA RICONCILIAZIONE (RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA)	a. Scheda di Riconciliazione presente e correttamente compilata, cartelle verificate (campione rappresentativo di CC)	> 90% entro Ottobre 2018		1
E2.D3.3a		Analisi di un campione statisticamente rappresentativo di interventi di cosinello e antropotesi (in applicazione della PG DS ANTIBIOTICI PROF PERCOP 28/09/2015)	N° APP 30mm, entro 60 min, prima dell'incisione N° interventi con APP indicata "100" N° APP continuato dopo 24 ore dall'intervento "in" interventi con APP indicata "100"			0.5
E2.D3.3b	Riduzione del rischio di infezioni correlate all'assistenza	Osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani 1 volta/anno	Completamento delle schede di osservazione e calcolo della % di adesione come da Manuale per gli osservatori OMS e Ministero della Salute ed invio al Servizio Gestione Rischio Clinico	entro dicembre 2018		1.0
E2.D3.3c		Implementazione e monitoraggio della PG "Igiene delle mani": incremento del consumo del gel alcolico per la frizione delle mani	Consumo >= 20 litri/1000 giorni degenza			0.5
						4
Sede e Data assegnazione		Firma Responsabile				
Foligno 7.2.2018		Timbro e Firma Direzione				

**USLumbria2**

SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE

DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA

Responsabile Dr. Carlo Farnedi

Anno 2018

Obiettivi

E3.D3.1

Qualità, appropriatezza e sicurezza delle cure

Obiettivi

E3.D3.2

Sicurezza delle cure e all'efficiente utilizzo delle risorse

Azioni

Rispetto tetto di budget

Promozione di incontri con i DAF per l'appropriatezza prescrittiva con analisi dei dati di spesa e di prescrizione.

Indicatori

Valore economico

Numero di incontri/anno

Valore negoziato

12.341.933,16

almeno 2 incontri/anno

Range

Min

Max

12.723.642,43

12.341.933,16

Peso

3

2

5

Peso obiettivi F3

5


Sede e Data negoziazione

Foglio 7.2.2018

Firma Responsabile


Timbro e Firma Direzione



 <b>USL Umbria2</b>	<b>SCHEDA OBIETTIVI</b> AREA SANITARIA	
	DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE	
DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA Responsabile Dr. Carlo Farneti		
Anno 2018		


### PIANO DEGLI OBIETTIVI

P. OBIETTIVI		P. AZIONI		P. INDICATORI		P. VALORE NEGOZIATO		P. RANGE		P. PESO	
								MIN		MAX	
F1.D3.1a	Attività conseguenti al decesso	<ul style="list-style-type: none"> <li>Collocazione della salma presso l'obitorio da parte del personale in servizio al momento del decesso</li> <li>Disposizione di servizio a tutto il personale coinvolto sul divieto di fornire indicazioni di alcun tipo sulle imprese funerarie o contattare direttamente le imprese per conto del familiare</li> </ul>		Applicazione integrale delle misure. Relazione sulla corretta adozione delle misure		100% con relazione entro il 30 novembre di ogni anno per 12 mesi precedenti				1	
F1.D3.1b		Disposizione di servizio a tutto il personale coinvolto sul divieto di fornire prestazioni e compiti non propri		Relazione sulla corretta adozione delle misure		100% con relazione entro il 30 novembre di ogni anno per 12 mesi precedenti				1	
F1.D3.2	Liste attese sale operatorie	<ul style="list-style-type: none"> <li>adozione della "procedura aziendale delle agende di prenotazione e della prespedalizzazione per i ricoveri chirurgici programmabili" in sostituzione degli attuali regolamenti</li> <li>attuazione dei controlli trimestrali per tutte le fasi di rischio individuale con particolare riferimento ai rispetto dell'ordine cronologico a parità di classe di priorità</li> <li>controllo sulla validazione delle schede di prespedalizzazione da parte del Responsabile della singola struttura</li> </ul>		Adozione della procedura Relazione circa le risultanze delle verifiche effettuate		100% con relazione entro il 30 novembre di ogni anno per 12 mesi precedenti				1	
F1.D3.3	Accettazione diretta prestazioni sanitarie (CUP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Confronto sistematico con gli ambulatori per contenere il ricorso alla procedura di accettazione diretta</li> </ul>		Numero prenotazioni (Numero di accettazioni Relazione sulla base dei Report forniti dal CUP		85% delle prestazioni prenotate sul totale con relazione entro il 30 novembre di ogni anno per 12 mesi precedenti				1	
F1.D3.4	ALPI	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adottato regolamento per svolgimento LP</li> <li>Adottato tariffario unico</li> <li>Applicazione rigorosa del regolamento</li> <li>Deliberante costituito da attività sanzionatoria normale e dal controllo assegnato ai dirigenti</li> <li>Le agende di prenotazione devono essere configurate, sotto il controllo diretto del personale dell'azienda in stretta coerenza con l'attività autorizzata in termini di fascia oraria e tempo unitario delle singole prestazioni</li> </ul>		Verificare il rispetto del regolamento ALPI Relazione sul rispetto del regolamento		100% con relazione entro il 30 novembre di ogni anno per 12 mesi precedenti				1	

 <b>USLumbria2</b>		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA			
		DIREZIONE AZIENDALE			
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE			
		DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA			
		Responsabile Dr. Carlo Farnetti			
		Anno 2018			
<u>PIANO DEGLI OBIETTIVI</u>					
FL.D3.5	Svolgimento funzioni in presenza di conflitto di interesse	Compiacimento delle autocertificazioni sulla presenza/assenza di conflitto di interesse	Report di monitoraggio sugli esiti delle autocertificazioni sui conflitti di interesse	100% delle autocertificazioni dovute con relazione entro il 30 novembre di ogni anno	1
					PESO OBIETTIVI GI
					6
Sede e Data negoziazione Firma Responsabile					
Foligno 7.2.2018 Timbro e Firma Direzione					

*[Handwritten signature]*



**USL Umbria2**

SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

DIREZIONE AZIENDALE

UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE

DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA

Responsabile Dr. Carlo Farneti

Anno 2018

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

Obiettivo 2018: 577.424.000,00€

OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO	RANGE		PESO
				MIN	MAX	
F1.D.3.1 Puntuale adempimento di quanto previsto in merito ad articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Publicazione sul sito aziendale sezione Amministrazione Trasparente	100% delle pubblicazioni previste in maniera tempestiva			2
F1.D.3.2 Puntuale adempimento di quanto previsto in merito ad aggiornamento Sito	Aggiornamento delle informazioni conoscitive della struttura nella sezione "Guida ai Servizi"	Inviio scheda format predisposta dal servizio Comunicazione Aziendale	100% delle pubblicazioni previste in maniera tempestiva			2
PESO OBIETTIVI GI						4

Sede e Data negoziazione

Foligno 7.2.2018

Firma Responsabile


Timbro e Firma Direzione

*[Handwritten signature]*




# **BUDGET 2018**

## **DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA**



USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
		DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE					
		Responsabile Dr. Raffaele Zava					
		Anno 2018					
		PIANO DEGLI OBIETTIVI					
		OBIETTIVI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DEI DATI E DEI FLUSSI INFORMATIVI					
OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO	RANGE		PESO	
				MIN	MAX		
B3.D4.1a	Puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati nel sistema gestionale preposto per alimentare le informazioni sull'assistenza in 118, in PS	% di informazioni complete nei tempi previsti per i dati del PS e del 118	100%	= > 98	100%	2	
B3.D4.1b	Garantire la qualità dei dati trasmessi con i flussi di PS e di 118 attraverso l'effettuazione dei controlli qualità dei dati registrati con verifica dei dati anagrafici e della completezza dei dati nel rispetto della procedura aziendale	Controllo qualità e appropriatezza dei dati registrati	100%	= > 98	100%	2	
B3.D4.1c	Garantire la qualità dei dati trasmessi con i flussi attraverso l'effettuazione della validazione dell'erogato nei servizi con monitoraggio della concordanza RAO, per le prestazioni che lo prevedono, nel rispetto della procedura aziendale	% di validazione dell'erogato, di informazioni complete nei tempi previsti e della rilevazione della concordanza RAO per le prestazioni che lo prevedono	100%	= > 98	100%	2	
B3.D4.1d	Rendicontazione periodica e annuale delle attività di pertinenza attraverso la produzione della reportistica specifica su formati definiti (strutture ospedaliere)	Trasmissione reportistica richiesta al controllo di gestione su base trimestrale, su formati prestabiliti, entro 30 giorni dalla chiusura del trimestre	100%	= > 98	100%	2	
B4.D4.1a	Puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati nel sistema gestionale JHS delle strutture di degenza preposte per alimentare le informazioni sull'assistenza Ospedaliera in regime di ricovero	% di informazioni complete nei tempi previsti con chiusura delle SDO entro 15 giorni dalla emissione	100%	= > 98	100%	2	
B4.D4.1b	Controllo sistematico della casistica dei DRG potenzialmente inappropriati con effettuazione dei controlli sul 100% delle cartelle cliniche inviate al controllo	Effettuazione controlli sulle cartelle cliniche come da disposizioni ministeriali per la verifica di concordanza SDO/cartella clinica	> 10	= 10	> 10	2	
B4.D4.1c		Effettuazione controlli sulle cartelle cliniche come da disposizioni ministeriali per la verifica di appropriatezza del trattamento	> 2,5	= 2,5	> 2,5	2	
B5.D4.1a	Migliorare la qualità dei flussi informativi regionali e nazionali NSIS relativi ai Flussi di Governo e del Sistema Informativo Aziendale attraverso la corretta e completa compilazione dei moduli dei Flussi di Governo (FLS, STS, HSP...) nel rispetto della procedura aziendale	% modelli inviati rispetto alle strutture di riferimento	100%	= > 98	100%	1	
B5.D4.1b		% congruità dei dati inseriti nei flussi di governo con i dati dei flussi informativi delle attività sanitarie	100%	= > 98	100%	1	
PESO OBIETTIVI FLUSSI INFORMATIVI						16	


**USL Umbria2**

**SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA**

**DIREZIONE AZIENDALE**

**UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE**

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE**

**Responsabile Dr. Raffaele Zava**


**Anno 2018**

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

C. OBIETTIVI DI TIPO ORGANIZZATIVO	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO	RANGE	PESO	
					MIN	MAX	
Organizzazione	C2.D4.1 Promuovere la riorganizzazione e la razionalizzazione dei servizi territoriali in aderenza alle linee di indirizzo regionali e alla programmazione aziendale per: - efficientare il sistema - assicurare percorsi di presa in carico dei pazienti efficaci ed appropriati	Sviluppare la rete territoriale per la gestione delle patologie croniche	Implementazione delle azioni previste dalla DGR 902/2017 recante Piano nazionale della Cronicità	100%			2
	C3.D4.1a Promuovere e qualificare l'integrazione territorio - ospedale favorendo le azioni di governance finalizzate alla continuità assistenziale anche attraverso incontri periodici fra Distretto e Ospedale coinvolgendo le figure interessate al confronto (medici, infermieri) per migliorare e favorire l'integrazione	Definizione delle procedure per garantire le consulenze in PS e gli accessi successivi	Sicurezza e implementazione delle procedure aziendali per la gestione delle consulenze in PS e degli accessi successivi	100%			2
	C3.D4.1b	Definizione con il DSM delle procedure per garantire l'accesso agli interventi in urgenza/emergenza in Pronto Soccorso e in tutto il territorio aziendale	Sicurezza e implementazione delle procedure aziendali per la gestione dell'urgenza psichiatrica	100%			2
	C3.D4.1c	Controllo e monitoraggio dell'attivazione del percorso di emergenza notturna informatizzato in All@nile come da progetto regionale attraverso la compilazione della scheda di Bress	N° gestioni informatizzate / n. richieste totali	100%	98%	100%	2
	C4.D4.1 Promuovere la riorganizzazione e la razionalizzazione dei servizi ospedalieri in aderenza alle linee di indirizzo regionali e alla programmazione aziendale per: - efficientare il sistema della rete ospedaliera - assicurare percorsi di presa in carico dei pazienti efficaci ed appropriati	Promuovere la riorganizzazione e la razionalizzazione dei servizi ospedalieri in aderenza alle linee di indirizzo regionali (DGR 212/2016) e alla programmazione aziendale (Delibera del Direttore Generale) per: - efficientare il sistema della rete ospedaliera - assicurare percorsi di presa in carico dei pazienti efficaci ed appropriati	Rispetto degli impegni del cronoprogramma con completamento del piano di riordino previsto per il Piano di Riordino della rete ospedaliera: rete e integrazione 116, PS, Cardiologia, Anestesiologia, Allevazione UTIC Orvieto	100%	98%	100%	2
	C4.D4.2a	Rispetto della programmazione operatoria	Percentuale di interventi rimandati	< 3%	3%	< 3	2
	C4.D4.2b	Rispetto dell'orario della programmazione operatoria	Percentuale interventi programmati in anestesia spinale con inizio (ricisione chirurgica) alle 8.45 e interventi programmati in anestesia generale con inizio (ricisione chirurgica) alle 8.30	90%	85%	90%	2
	C4.D4.3 Garantire con continuità l'assistenza organizzativa ed erogativa per la gestione dell'offerta delle prestazioni chirurgiche di ricovero e il	Corretta gestione della preospedalizzazione	Aderenza alla procedura aziendale	NC = 0			2
PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI							16


USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA			
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE			
		DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE			
		Responsabile Dr. Raffaele Zava			
		Anno 2018			
		PIANO DEGLI OBIETTIVI			
		OBIETTIVI DI ATTIVITA'			
OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO	RANGE MIN MAX	PESO
D3.D4.1a	Rispetto volumi prestazioni di ricovero ospedaliero	Volume dimessi	3.740	3.650 3.740	1
D3.D4.1b	Promuovere l'utilizzo di appropriato del setting assistenziali (regime ordinario, regime diurno, ambulatorio)	% Ricoveri ordinari potenzialmente inappropriati da LEA in linea con le percentuali definite a livello regionale	95%	80% 100%	1
D3.D4.1c		C14.2 - Percentuale ricoveri in di medico con finalità diagnostica	< 18,00	< 18,00	1
D3.D4.1d		C14.3 - Percentuale ricoveri ordinari medici brevi	< 19,00	< 19,00	1
D3.D4.1e		Percentuale di DRG con Degenza media oltre soglia	< 1	< 1	1
D3.D4.1f		C14.4 Percentuale ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni	< 2	< 2	1
D3.D4.1g		Tasso Utlizzo post letto	> 85%	> 80% > 95%	1
D3.D4.1h	Riduzione dimissione volontarie dai reparti	D18 % dimissioni volontarie	< 0,35	< 0,35	2
D3.D4.1i	Migliorare l'assenza nei reparti chirurgici garantendo la qualità clinica e l'efficienza nel trattamento chirurgico per migliorare il percorso clinico del paziente con rispetto dei volumi e della soglia di rischio ed esito	C4.4 % colecistectomia laparoscopiche effluente in DS e ricovero ordinario 0-1 giorno	55,00%	50,00% 55,00%	2
D3.D4.1j		C5.2 % fratture del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione	67,00%	60,00% 67,00%	2
D3.D4.1k		C10.4.1 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	< 25	< 28 < 25	1
D3.D4.1l		C10.4.2 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla prostata	< 25	< 28 < 25	1
D3.D4.1m		C10.4.3 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al colon	< 25	< 28 < 25	1
D3.D4.1n		C10.4.4 Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al reo	< 25	< 28 < 25	1
D3.D4.1o		C10.c Tempi di attesa per la chirurgia oncologica	< 25	< 28 < 25	2
D3.D4.1p		OSD1 Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni	80		osservazionale

USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA			
		DIREZIONE AZIENDALE			
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE			
		DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE			
		Responsabile Dr. Raffaele Zava			
		Anno 2018			
		PIANO DEGLI OBIETTIVI			
Attività	D3.D4.1q	Garantire i valori soglia del PNE e gli standard di percorso	N. casi annui di infarti miocardici in fase acuta di primo ricovero in ospedale	100	osservazionale
	D3.D4.1r		N. di procedure/anno di angioplastica coronarica percutanea di cui almeno il 30% angioplastiche primarie in IMA-STEMI	250	osservazionale
	D3.D4.1s		Percentuale di angioplastica coronarica percutanea entro 90 min dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta	60%	osservazionale
	D3.D4.1t		CA01 Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	8,00%	osservazionale
	D3.D4.1u		CA02 Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 2 giorni	45,00%	osservazionale
	D3.D4.1v		CA03 Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	9,00%	osservazionale
	D3.D4.2a	<p>Promuovere l'efficienza del Pronto Soccorso al fine di migliorare i tempi di attesa, l'appropriatezza dei ricoveri e promuovere la qualità degli interventi assistenziali</p> <p>Migliorare il ricorso all'assistenza ospedaliera attraverso la qualificazione dell'attività di accettazione sanitaria e dell'attività di Osservazione Breve. Monitoraggio tempi di attesa per codice colore</p> <p>Promuovere la qualità del processo assistenziale grazie al miglioramento dell'accoglienza del paziente</p> <p>Contenimento iasso di ospedalizzazione dei PS anche attivando le consulenze in DEA da parte dei servizi specialistici</p>	C 16.1 % accessi in PS con codice giallo visitati entro 30 minuti	90%	2
	D3.D4.2b		C 16.2 % accessi in PS con codice verde visitati entro 1 ora	90%	2
	D3.D4.2c		C 16.3 % accessi in PS con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza inferiori a 4 ore	90%	2
	D3.D4.2d		C 16.4 % accessi in PS inviati al ricovero dal Pronto Soccorso con tempo di permanenza entro 8 ore	90%	2
	D3.D4.2e		C 16.7 % ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione	65%	2
	D3.D4.2f		% accessi O.B. non seguiti da ricovero	≥ 80%	2
	D3.D4.2g		D8 % abbandoni volontari	< 1	2
	D3.D4.2h		Percentuale di accessi di PS non seguiti da ricovero	≥ 85%	2

 <b>USL Umbria2</b>		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA				
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE				
		DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE				
		Responsabile <i>Dr. Raffaella Zava</i>				
		Anno 2018				
		PIANO DEGLI OBIETTIVI				
	D3.D4.3	Rispetto programma aziendale per la parto-analgesia	% pari in analgesia	15%	20%	15%
	D4.D4.1.a	Definizione volumi di attività prestazioni ambulatoriali	Rispetto dei volumi di attività offerti a CUP per le prestazioni istuzionali (comprese quelle domiciliari laddove previsto). Tale tetto determina anche il volume massimo di prestazioni ALPI per la struttura che deve essere inferiore a quello istuzionale	42.280	42.000	42.280
	D4.D4.1.b	Potenziare l'offerta delle prestazioni ambulatoriali per mantenere adeguati e appropriati livelli dell'offerta rispetto alla domanda e garantire il contenimento dei tempi di attesa in aderenza alla DGR 498/2016 e alla Delibera del Direttore Generale 664/2016	Rispetto dei volumi di attività offerti in ALPI nella struttura	12.480	12.500	12.430
	D4.D4.1.c	Migliorare la qualità dell'assistenza attraverso l'adesione al progetto "Ospedale senza dolore"	N. visite/prestazioni ambulatoriali terapia analgica	3.500	3.450	3.500
	D4.D4.1.d	Monitoraggio erogazione delle prestazioni	Percentuale di prestazioni prenotate sul totale delle prestazioni erogate al netto delle prestazioni per cui è prevista l'accettazione	85%	80%	100%
	D4.D4.1.e	Monitoraggio tempi di attesa delle prestazioni RAO e delle prestazioni non RAO	% di prestazioni erogate nei tempi previsti per i RAO (RAO U=3gg. B= 10gg. D=30/60gg. P=360 gg.) e per i non RAO (30 gg per le visite e 60 gg. per le prestazioni diagnostiche)	90%	85%	100%
PESO OBIETTIVI DI ATTIVITA'						46






 <b>USL Umbria2</b>		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
		DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE					
		Responsabile Dr. Raffaello Zava					
		Anno 2018					
		<u>PIANO DEGLI OBIETTIVI</u>					
		E. OBIETTIVI PER LA PREVENZIONE DELLA SALUTE, QUALITA', APPROPRIATEZZA E SICUREZZA DELLE CURE					
		OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO	RANGE MIN - MAX	PESO
Qualità, Appropriatazza e Sicurezza delle Cure	E1	Promuovere la gestione di qualità delle attività delle strutture e dei servizi attraverso il conseguimento dell'accredimento della certificazione o l'avvio delle procedure per il SCQ per assicurare gli standard e i livelli di conformità previsti dalle norme di Accredimento Istituzionale e dalle norme ISO	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Qualità e Accredimento e sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	95% - 100%	4
	E2	Promuovere la cultura del risk management e della gestione del rischio clinico al fine di identificare i potenziali rischi e le risposte adeguate perseguendo obiettivi aziendali strategici ben delineati.	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Rischio Clinico e sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	95% - 100%	4
	E3	Garantire la gestione appropriata nell'utilizzo dei beni sanitari per le strutture di pertinenza Promuovere il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed autorizzativa	Strutturazione del programma specifico e dei teli di spesa per la struttura con il Dipartimento di Assistenza Farmaceutica e sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	95% - 100%	4
		PESO OBIETTIVI QUALITA', APPROPRIATEZZA, SICUREZZA DELLE CURE					




USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE					
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
		DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE					
		Responsabile Dr. Raffaele Zava					
		Anno 2018					
		PIANO DEGLI OBIETTIVI					
		E' CHIESTO PER LA REALIZZAZIONE DEI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI					
Piano Attuativi	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO	RANGE		PESO
					MIN	MAX	
F1	Attuazione delle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione vigente	Mappatura processi e individuazione attività di rischio per la struttura con Ufficio Prevenzione Corruzione e sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguibili/obiettivi previsti	100%			6
F2	Attuazione delle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale per l'integrità e la Trasparenza vigente	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Responsabile Amministrazione Trasparente e sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguibili/obiettivi previsti	100%			4
PESO OBIETTIVI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI							10
PESO TOTALE							100
NOTA A	E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura, nonché del/i responsabile/i di posizione organizzativa illustrare e condividere, con tutto il personale afferente la struttura, gli obiettivi gestionali assegnati. L'assolvimento degli obblighi di legge in merito a prevenzione della corruzione, trasparenza ed integrità in capo ai Responsabili di struttura (dirigenti e titolari P.O.) costituisce condizione di accesso all'istituto della retribuzione di risultato/produzione collettiva per detti soggetti. L'illustrazione e condivisione degli obiettivi a tutto il personale della struttura vanno verbalizzate e i verbali redatti con individuazione dei convocati e le firme dei presenti vanno trasmesse al Controllo di Gestione entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi e/o dei piani specifici.						
NOTA B	L'illustrazione e la condivisione va fatta anche per tutti gli altri piani, se assegnati alla struttura (qualità e accreditamento, rischio clinico), per consentire la piena attuazione. I momenti di illustrazione e condivisione vanno verbalizzati. Tale operatività rappresenta obiettivo specifico del Direttore/Responsabile nonché del/i responsabile/i di posizione organizzativa utile ai fini della sua valutazione individuale.						
NOTA C	E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura e di tutti gli altri Validatori presenti nella struttura assegnare gli obiettivi di performance individuali a tutte le risorse umane afferenti la struttura attraverso l'utilizzo dei moduli previsti dalla procedura (01,02,03,04,05) specificando per gli item A, obiettivi specifici se individuali. Tutte le schede previste sottoscritte dal valutatore e dal valutato vanno trasmesse all'Ufficio Relazioni Sindacali e Politiche del Personale entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi gestionali. Tutte le schede previste dovranno essere valutate per gli item A entro il 28.2.2019 e trasmesse all'Ufficio Relazioni Sindacali entro il 10.3.2019. Tali operatività rappresentano obiettivo specifico del Valutatore utile ai fini della valutazione individuale del valutatore.						
NOTA D	La struttura è tenuta ad inviare le relazioni di andamento periodico, su base trimestrale entro 30 gg. dalla scadenza del trimestre, utilizzando il modulo specifico, e la relazione finale entro il 28 febbraio 2019. La mancata trasmissione delle relazioni suddette comporta una decurtazione del punteggio finale pari al massimo al 10% del totale ottenuto.						
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile					
Foligno 7.2.2018		Timbro e Firma Direzione					

17

USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA				
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE				
		DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE				
		Responsabile Dr. Raffaele Zava				
		Anno 2018				
PIANO DEGLI OBIETTIVI						
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO	RANGE MIN MAX	PESO
E2.D4.1a	Consolidamento del sistema locale di incident reporting - sensibilizzazione alla segnalazione degli eventi avversi a degli eventi estati, superamento delle barriere alla segnalazione	Realizzazione di almeno 1 Safety Walk Round (SWR) in una struttura afferente	Report SWR	entro dicembre 2018		1
E2.D4.1b		Applicazione della PG "Gestione degli eventi avversi ed incident reporting" nelle strutture afferenti	N. eventi avversi o quasi eventi segnalati in eventi o quasi eventi avvenuti (schede compilate e trasmesse)	100% entro dicembre 2018		1
E2.D4.1c	Prevenzione degli errori in terapia farmacologica	Implementazione delle buone pratiche per la Riconciliazione farmacologica e registrazione sulla SCHEDA PER LA RICONCILIAZIONE (RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA)	n. Scheda di Riconciliazione presente e correttamente compilata cartelle verificate (campione rappresentativo di CC)	> 90% entro Ottobre 2018		1
E2.D4.2a	Riduzione del rischio di infezioni correlate all'assistenza	Implementazione e monitoraggio della PG "Igiene delle mani" - incremento del consumo del gel alcolico per la frizione delle mani	Consumo >= 20litri/ 1000 giorni degenza			0,5
E2.D4.2b		Osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani l'ottobre	Compilazione delle schede di osservazione e calcolo della % di adesione come da Manuale per gli osservatori OMS e Ministero della Salute ed inviati al Servizio Gestione Rischio Clinico	entro dicembre 2018		0,5
				PESO OBIETTIVI E2		4
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile				
Folligno 7.2.2018		[Firma]				
		Timbro e Firma Direzione				

**USL Umbria2**

SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

DIREZIONE AZIENDALE  
UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITÀ ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE

Responsabile *Dr. Raffaele Zava*

Anno 2018


**PIANO DEGLI OBIETTIVI**  
E OBIETTIVI ES FARMACOECONOMICA

OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO	RANGE		PESO
				MIN	MAX	
ES.D4.1 Promuovere l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica finalizzata alla sicurezza delle cure e all'efficiente utilizzo delle risorse	Rispetto tetto di budget Promozione di incontri con il DAF per l'appropriatezza prescrittiva con analisi dei dati di spesa e di prescrizione.	Valore economico Numero di incontri/anno	4.410.683,90 almeno 2 incontri anno	4.547.076,19	4.410.683,90	2  2
PESO OBIETTIVI ES						4

Sede e Data negoziazione  
Foligno 7.2.2018


Firma Responsabile  
*Raffaele Zava*

Timbro e Firma Direzione  
*[Signature]*



 <b>USL Umbria 2</b>		<b>SCHEDA OBIETTIVI</b> AREA SANITARIA	
		DIREZIONE AZIENDALE	
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE	
		DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE	
		Responsabile Dr. Raffaele Zava	
		Anno 2018	

PIANO DEGLI OBIETTIVI						
P. OBIETTIVI: la performance considerata (informati nel Piano alla Regione N.3)						
OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE RISOSTATO	RANGE		PESO
				MIN	MAX	
F1.D4.1a Attività conseguenti al decesso	• Collocazione della salma presso l'obitorio da parte del personale in servizio al momento del decesso • Disposizione di servizio a tutto il personale coinvolto sul divieto di fornire indicazioni di alcun tipo sulle imprese funebri o contattare direttamente le imprese per conto dei familiari	Applicazione integrale delle misure Relazione sulla corretta adozione delle misure	100% con relazione entro il 30 novembre di ogni anno per ogni anno per 12 mesi precedenti			1
	Disposizione di servizio a tutto il personale coinvolto sul divieto di fornire prestazioni e compiti non propri	Relazione sulla corretta adozione delle misure	100% con relazione entro il 30 novembre di ogni anno per ogni anno per 12 mesi precedenti			1
F1.D4.2 Liste attese sale operatorie	• adozione della "procedura aziendale delle agende di prenotazione e della preospedalizzazione per i ricoveri chirurgici programmabili" in sostituzione degli attuali regolamenti • attuazione dei controlli trimestrali per tutte le fasi di rischio individuate con particolare riferimento ai rispetti dell'ordine cronologico a parità di classi di priorità • controllo sulla validazione delle schede di preospedalizzazione da parte del Responsabile della singola struttura	Adozione della procedura Relazione circa le risultanze delle verifiche effettuate	100% con relazione entro il 30 novembre di ogni anno per ogni anno per 12 mesi precedenti			1
F1.D4.3 Accelerazione diretta prestazioni sanitarie (CUP)	• Confronto sistematico con gli ambulatori per contenere il ricorso alla procedura di accelerazione diretta	Numero prenotazioni /Numero di accelerazioni Relazione sulla base dei Report forniti dal CUP	85% delle prestazioni prenotate sul totale con relazione entro il 30 novembre di ogni anno per ogni anno per 12 mesi precedenti			1
F1.D4.4 ALPI	• Adottato regolamento per svolgimento LP • Adottato tariffario unico • Applicazione rigorosa del regolamento • Differente costituito da attività sanzionatoria normale e dal controllo assegnato ai dirigenti • Le agende di prenotazione devono essere configurate, sotto il controllo diretto del personale dell'azienda in stretta coerenza con l'attività autorizzata in termini di fascia oraria e tempo unitario delle singole prestazioni	Verificare il rispetto del regolamento ALPI Relazione sul rispetto del regolamento	100% con relazione entro il 30 novembre di ogni anno per ogni anno per 12 mesi precedenti			1



 <b>USL Umbria2</b>		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA			
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE			
		DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE			
		Responsabile <i>Dr. Raffaele Ziva</i>			
		Anno 2018			
<b>PIANO DEGLI OBIETTIVI</b>					
F1.D4.5	Svolgimento funzioni in presenza di conflitto di interesse	Compilazione delle autocertificazioni sulla presenza/assenza di conflitti di interesse	Report di monitoraggio sugli esiti delle autocertificazioni sul conflitto di interesse	100% delle autocertificazioni i dovute con relazione entro il 30 novembre di ogni anno	1
					PESO OBIETTIVI GI
					6
Sede e Data negoziazione Folligno 7.2.2018		Firma Responsabile <i>Raffaele Ziva</i> Timbro e Firma Direzione			



 <b>USL Umbria2</b>		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA				
		DIREZIONE AZIENDALE				
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE				
		DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE				
		Responsabile Dr. Raffaele Zava				
		Anno 2018				
<b>PIANO DEGLI OBIETTIVI</b>						
P. OBIETTIVI F2 TRASPARENZA						
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO	RANGE MIN MAX	PESO
F2.D4.1	Puntuale adempimento di quanto previsto in merito ad articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Publicazione sul sito aziendale sezione Amministrazione Trasparente	100% delle pubblicazioni previste in maniera tempestiva		2
F2.D4.2	Puntuale adempimento di quanto previsto in merito ad aggiornamento Sito	Aggiornamento delle informazioni conoscitive della struttura nella sezione "Guida ai Servizi"	Invio scheda format predisposta dal servizio Comunicazione Aziendale	100% delle pubblicazioni previste in maniera tempestiva		2
PESO OBIETTIVI F2						4
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile				
Folligno 7.2.2018						
		Timbro e Firma Direzione				