




BUDGET 2018

DIPARTIMENTO AREA MEDICA

USL UMBRIA2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA		DIREZIONE AZIENDALE		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE	
				DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA			
		Anno 2018		PIANO DEGLI OBIETTIVI			
		R-OBIETTIVI PER IL MIGLIORAMENTO DELLE QUALITA' DEI DATI E DEI FLUSSI INFORMATIVI		INDICATORE		VALORE NEGOTIATO	
		OBIETTIVI		AZIONI		RANGE	
						MIN	
						MAX	
						PESO	
B2.D5.1a	Migliorare la qualità dei flussi informativi regionali e nazionali. NSIS relativi alle attività della Prevenzione 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, completa e completa registrazione dei dati nel sistema gestionale. Aggiunte per alimentare le informazioni sulle cure domiciliari e il flusso SIAD nel rispetto della procedura aziendale	% di informazioni complete nel tempo previsto per il flusso SIAD	100%	= > 98	100%	2
B2.D5.1d		Puntuale, tempestiva, pertinente, completa e completa registrazione dei dati nel sistema gestionale. Aggiunte per alimentare le informazioni sulle cure palliative e il flusso HOSPICE nel rispetto della procedura aziendale	% di informazioni complete nel tempo previsto per il flusso HOSPICE	100%	= > 98	100%	2
B3.D5.3c	Migliorare la qualità dei flussi informativi regionali e nazionali. NSIS relativi all'assistenza in Pronto Soccorso e nelle attività ambulatoriali e del Sistema Informativo Aziendale attraverso la corretta e completa registrazione dei dati da parte dei Servizi di PS nel SW SINCOs DEA e da parte delle strutture ambulatoriali nel SW preposti	Garantire la qualità dei dati trasmessi con i flussi attraverso l'effettuazione della validazione dell'invio dei servizi con monitoraggio della concordanza RAO, per le prestazioni che lo prevedono, nel rispetto della procedura aziendale	% di validazione dell'invio di informazioni complete nei tempi previsti e della rilevazione della concordanza RAO per le prestazioni che lo prevedono	100%	= > 98	100%	2
B3.D5.1d		Rendicontazione periodica e annuale delle attività di pertinenza attraverso la produzione della reportistica specifica sul funnel definito (Strutture ospedaliere)	Trasmissione reportistica richiesta al controllo di gestione su base trimestrale, su funnel prestabilito, entro 30 giorni dalla chiusura del trimestre	100%	= > 98	100%	2
B4.D5.1a	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. J-His delle strutture di degenza preposto per alimentare le informazioni sull'assistenza. Ospedaliere in regime di ricovero	% di informazioni complete nel tempo previsto con chiusura delle SDQ entro 15 giorni dalla dimissione	100%	= > 98	100%	2
B4.D5.1b		Controllo sistematico della casistica dei DRG potenziamento 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 SOObanella clinica	> 10	= 10	> 10	2
B4.D5.3c			Effettuazione controlli sulle cartelle cliniche come da disposizioni ministeriali per la verifica di appropriatezza del trattamento	> 2,5	= 2,5	> 2,5	2
B5.D5.1a	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 (F.L.S., 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%	2
B5.D5.1b			% congruità dei dati inviati nei flussi di governo con i dati dei flussi informativi delle attività sanitarie	100%	= > 98	100%	2

USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA				DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE			
		DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA							
		Anno 2018							
		PIANO DEGLI OBIETTIVI							
		L' OBIETTIVO DI TIPO ORGANIZZATIVO							
		OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE RAGGIATO	MAX	MIN	PESO	
C2.D5.1a	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	
C2.D5.1b	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 dell'organizzazione delle Cure Primarie come da Delibera del Direttore Generale n. 645 del 25/07/2014 in collaborazione con i Distretti	Plena attuazione delle UCCP con realizzazione del progetto dell'equipe integrale		100%			2	
C3.D5.1	Promuovere la riorganizzazione e la razionalizzazione dei servizi ospedalieri in aderenza alle linee di indirizzo regionali e alla programmazione aziendale	Controllo e monitoraggio dell'attivazione del percorso dimissione precoce informatizzato in Regione come da progetto regionale attraverso la compilazione della scheda di Bias	N° gestioni informatizzate / n. richieste totali		100%	98%	100%	4	
C4.D5.1	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 212/2015) 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 medicina, angeliologia, pneumologia, gastroenterologia, epatologia		100%	96%	100%	2	
C4.D5.2	Promuovere l'ottimizzazione di utilizzo nella gestione dell'OBI al fine di ridurre le inappropriatezze dei ricoveri ordinari in aderenza alla DGR 389/2016 e dalla Delibera del Direttore Generale n. 675/2016.	Piena attivazione dei posti letto tecnici di OBI specialistica come delegati in Delibera	N. Posti attivati/N. posti previsti dalla delibera aziendale e relazione sul tasso di utilizzo		100%			2	
C4.D5.3a	Garantire un'assistenza appropriata attraverso l'esecuzione di esami appropriati per definire il sospetto diagnostico, promuovere una riorganizzazione delle modalità di offerta delle prestazioni di diagnostica di alta tecnologia	Promozione delle azioni di filtro valutativo sulle richieste di esami endoscopici al fine di eseguire l'esame più appropriato	N. valutazioni effettuate/ n. richieste inviate come presa in carico		100%			2	
C4.D5.3b		Promozione di incontri con i MMG e i Medici Prescrittori per promuovere l'appropriatezza prescrittiva di prestazioni di esami endoscopici	Numero di incontri anno		almeno 2 incontri anno			2	
C4.D5.4	Promuovere la riorganizzazione dei servizi ambulatoriali per la presa in carico dei pazienti seguiti dai servizi	Definizione degli iter di presa in carico dei percorsi per i pazienti affetti da patologie croniche e patologie rare	Completamento percorsi di secondo livello con prenotazione a CUP		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 MEDICA			
		Anno 2018			
		PIANO DEGLI OBIETTIVI			
		IN PRESSIONE DI ATTIVITA'			
OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE DESIDERATO	RANGE	PESO
D.2.D5.1a	Migliorare e qualificare l'assistenza ai malati terminali	Tasso utilizzo PL Hospice	≥ 80 %	75% - 80%	2
D.2.D5.1b		N. pazienti seguiti a domicilio dalle UCP n. richieste arrivate all'UCP	100%	90% - 100%	2
D.2.D5.2	Contrastare le patologie rilevanti attraverso la qualificazione e il consolidamento dei programmi di screening oncologici su tutto il territorio aziendale	Realizzazione programma annuale di Screening del colon retto previsto per il Round	100%		2
D.2.D5.3	Miglioramento degli iter di presa in carico dei percorsi per gli screening oncologici	Garanzia di tempi di attesa congrui per le indagini di approfondimento	60% entro 30 gg. 90% entro 45 gg.		2
D.3.D5.1a		Rispetto volumi prestazioni di ricovero ospedaliero	8.200	8.000 - 8.200	2
D.3.D5.1b		% Ricoveri ordinari potenzialmente inappropriati da LEA in linea con le percentuali definite a livello regionale	95%	80% - 100%	2
D.3.D5.1c	Promuovere l'utilizzo di appropriato del setting assistenziali regime ordinario, regime diurno, ambulatorio	C14.2 - Percentuale ricoveri in di medico con finalità diagnostica	< 18.00	< 20.0%	2
D.3.D5.1d	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)	C14.3 - Percentuale ricoveri ordinari medici brevi	< 19.00	< 20.0%	2
D.3.D5.1e		Percentuale di DRG con Degenza media oltre soglia	< 1	< 1	2
D.3.D5.1F	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	C14.4 Percentuale ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni	< 2	2.5%	2
D.3.D5.1g		Tasso Utilizzo posti letto	> 85%	> 80%	2
D.3.D5.1h	Riduzione dimissioni volontarie dai reparti	D18 % dimissioni volontarie	< 0.35	0.7%	2
D.3.D5.1i	Ridurre il tasso di ospedalizzazione per patologie croniche al fine di appropriare gli interventi nel rispetto dei POTA definiti	C11a.2.1 Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti (35-74 anni) N. Ricoveri ordinari per diabete per residenti età 35-74	< 25		2
D.3.D5.1j		C11a.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni) N. Ricoveri ordinari per BPCO per residenti età 50-74	< 25		2
D.3.D5.1k	Garantire i valori soglia dei PNE e gli standard di percorso	RE01 BPCO ricattizzata mortalità a 30 giorni	< 7%		osservazionale

 USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA							
		DIREZIONE AZIENDALE							
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE							
		DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA							
		Anno 2018							
		<u>PIANO DEGLI OBIETTIVI</u>							
	D4.DS.1.a	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 458/2016 e alla Delibera del Direttore Generale 664/2016	Definizione volumi di attività prestazioni ambulatoriali	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	161.814	160.000	161.814	2	
	D4.DS.1.b		Rispetto dei volumi di attività offerti in ALPI nella struttura	11.654	12.000	11.654	2		
	D4.DS.1.c		Monitoraggio erogazione delle prestazioni	Percentuale di prestazioni prenotate sul totale delle prestazioni erogate al netto delle prestazioni per cui è prevista l'accelerazione	85%	80%	100%	2	
	D4.DS.1.d		Monitoraggio tempi di attesa delle prestazioni RAO e delle prestazioni non RAO	% di prestazioni erogate nei tempi previsti per i RAO (RAO U=30g; B= 10g; D=30/60g; P=360 gg) e per i non RAO (30 gg per le visite e 60 gg per le prestazioni diagnostiche)	90%	85%	100%	2	
	D4.DS.1.e		Richiesta e programmazione di esami successivi o di controllo per il completamento dell'iter diagnostico prescrivendo direttamente gli esami da parte del servizio evitando il rinvio della prescrizione in attesa al MMG	N. esami di endoscopici prescritti dal MMG come suggeriti	< 5%	< 7%	< 5%	2	
								PESO OBIETTIVI DI ATTIVITA'	38






USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE					
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
		DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA					
		Anno 2018					
		PIANO DEGLI OBIETTIVI					
		E. OBIETTIVI PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE, QUALITA', APPROPRIATEZZA E SICUREZZA DELLE CURE					
		OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO	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 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	Osservati 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 definiti.	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%	6
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 costi di spesa per la struttura con il Dipartimento di Assistenza Farmacologica e sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	95% 100%	5
		PESO OBIETTIVI QUALITA', APPROPRIATEZZA, SICUREZZA DELLE CURE					
		F. OBIETTIVI PER LA PREVENZIONE, LA PROTEZIONE, LA CURA E IL RECUPERO					
		OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO	RANGE MIN MAX	PESO
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'unico Preventivo Comunità 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%		4
		PESO OBIETTIVI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI					
		PESO TOTALE					
		100					

 USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA	
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE	
DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA			
Anno 2018			
PIANO DEGLI OBIETTIVI			
NOTA A	E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura, nonché dei/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 al Responsabile di struttura (dirigenti e titolari F.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 dei/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 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 5.2.2018		 Timbro e Firma Direzione	



USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA				
		DIREZIONE AZENDALE				
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE				
		DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA				
		Anno 2018				
		PIANO DEGLI OBIETTIVI				
		R. OBIETTIVI S. QUALITA' E ACCREDITAMENTO				
OGGETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO	RANGE MIN	RANGE MAX	PESO
EL.D5.1 Proseguimento percorso SQG per Accreditamento nelle SC Medicina Generale e di Urgenza di Orvieto	Completamento del SQG definito	Redazione delle procedure previste	100%			1
EL.D5.2 Completamento percorso SQG per Accreditamento SC Gastroenterologia Ospedale di Foligno	Completamento del SQG definito	Redazione delle procedure previste	100%			1
EL.D5.3 Avvio percorso SQG per Accredimento nella Gastroenterologia Osp. Orvieto	1) Costituzione gruppo di lavoro aziendale 2) implementazione procedure previste	Redazione delle procedure previste	100%			1
EL.D5.4 Avvio percorso SQG per Accredimento nella SC Medicina di Foligno	1) Costituzione gruppo di lavoro aziendale 2) implementazione procedure previste	Redazione delle procedure previste	100%			1
EL.D5.5 Avvio percorso SQG per Accredimento nella SC Medicina di Spoleto	1) Costituzione gruppo di lavoro aziendale 2) implementazione procedure previste	Redazione delle procedure previste	100%			1
EL.D5.6 Mantenimento accreditamento e certificazione HOSPICE TERNI	Aggiornamento del SQG definito	Applicazione delle procedure pre	100%			1
PESO OBIETTIVI FI						6
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile				
Foligno 5.2.2018		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 MEDICA					
Anno 2018							
PIANO DEGLI OBIETTIVI							
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO	RANGE	PESO	
					MIN	MAX	
E2.05.1a	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 trasmesso alla Direzione aziendale	100% entro dicembre 2018		1	
E2.05.1b		Riunione dipartimentale sull'argomento incident reporting	Riunione documentata (verbale + foglio firma)	Entro aprile 2018		1	
E2.05.1c		Applicazione della PG Gestione degli eventi avversi ed incident reporting nelle strutture afferenti	N. avvisi avversi o quasi eventi segnalati in eventi o quasi eventi avvenuti (schede compilate e trasmesse/anno)	100% entro dicembre 2018		1	
E2.05.2	Prevenzione degli errori in terapia farmacologica	Implementazione delle buone pratiche per la riconciliazione farmacologica e registrazione sulla SCHEDA PER LA RICONCiliazione FARMACOLOGICA	N. Schede di Riconciliazione presente e correttamente compilate cartelle verificate (comissione rappresentativa di CC)	> 90% entro Dicembre 2018		1	
E2.05.3a	Riduzione del rischio di infezioni correlate all'assistenza	Osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani (vollebina)	Completazione della scheda 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			1	
E2.05.3b		Implementazione e monitoraggio della PG "Igiene delle mani" incremento del consumo del gel alcolico per la funzione delle mani	Consumo >= 200ml/1000 giorni degenza	entro dicembre 2018		1	
					PESO OBIETTIVI P2		6
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile					
Folligno 5.2.2018		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 MEDICA


Anno 2018


PIANO DEGLI OBIETTIVI
5. OBIETTIVI ES-PASSA-CHIEF

OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOCIATO	RANGE		PESO
				MIN	MAX	
Qualità E1.D5.1 E1.D5.2 e Sicurezza	Rispetto tetto di budget Promozione di incontri con il DAF per l'appropriatezza prescrittiva con analisi dei dati in spesa e di prescrizione.	Valore economico Numero di incontri/anno	10.914.206,35 almeno 2 incontri/anno	11.251.759,12	10.914.206,35	3 2
PESO OBIETTIVI F3						5

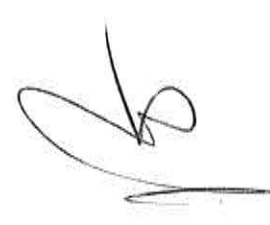
Sede e Data negoziazione
Foligno 5.2.2018


Firma Responsabile
Timbro e Firma Direzione





SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA				
Anno 2018						
PIANO DEGLI OBIETTIVI						
F. OBIETTIVI F. PRESSIONE COORDINATA (relazione in Piano di Management)						
OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RANGE		PESO
			NEGOTIATO	MIN	MAX	
FL.DS.1a Attività conseguenti al decesso	<ul style="list-style-type: none"> 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 conigliare 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 12 mesi precedenti			1
	FL.DS.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		
FL.DS.2 Accettazione diretta prestazioni sanitarie (CUP)	Confronto sistematico con gli ambulatori per contenere il ricorso alla procedura di accettazione diretta	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
FL.DS.3 ALPI	<ul style="list-style-type: none"> Adottare regolamento per assegnamento di Adottare tariffario unico Applicazione rigorosa del regolamento Detenente costituito da attività sanzionatoria inumana e dal controllo assegnato ai dirigenti Le agenzie 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 utiliano delle singole 	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
FL.DS.4 Svolgimento funzioni in presenza di conflitto di interesse	Completazione delle autocertificazioni sulla presenza/assenza di conflitti di interesse	Report di monitoraggio sugli esiti delle autocertificazioni sui conflitti di interesse	100% delle autocertificazioni I dovute con relazione entro il 30 novembre di ogni anno			1
			PESO OBIETTIVI CI		5	
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile				
Folligno 5.2.2018		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 MEDICA

Anno 2018

PIANO DEGLI OBIETTIVI

F. OBIETTIVI E RESPONSABILITA'

OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO	RANGE		PESO
				MIN	MAX	
F2.DS.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.DS.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

Sede e Data negoziazione

Firma Responsabile

Foligno 5.2.2018

Timbro e Firma Direzione

PESO OBIETTIVI GI


4





BUDGET 2018

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE



USL Umbria2

SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA									
DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE									
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE									
Anno 2018									
PIANO DEGLI OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									
OBIETTIVI									

USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE					
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
		DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE					
		Anno 2018					
		PIANO DEGLI OBIETTIVI					
C1.106.3a	Promuovere l'utilizzo efficiente delle risorse attraverso la corretta gestione di utilizzo dei blocchi operatori	Rispetto della programmazione operatoria	Percentuale di interventi rimandati	< 3%	3%	< 3	2
C1.106.3b		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
C1.106.4a	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 della lista 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
C1.106.4b			Controllo periodico della lista di attesa per tutti i casi che superano il tempo di attesa previsti	100%			2
C1.106.4c			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							39

USL Umbria2


SCHEDA OBIETTIVI
AREA SANITARIA

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

Anno 2018

PIANO DEGLI OBIETTIVI

OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE AGGIUSTATO	RANGE		PESO
					MIN	MAX	
D2.D6.1	Contrastare le patologie rilevanti attraverso la qualificazione e il consolidamento dei programmi di screening oncologici su tutto il territorio aziendale	Realizzazione programma annuale di screening mammografico previsto per il Round	N. Esami effettuati/N. pazienti che aderiscono al programma di screening	100%			1
D2.D6.2	Miglioramento degli iter di presa in carico dei percorsi per gli screening oncologici	Garanzia di tempi di attesa congrui per le indagini di approfondimento	Rispetto tempo di attesa per colposcopia	80% entro 30 gg 95% entro 45 gg			1
D2.D6.3a	Migliorare e qualificare l'assistenza nei Consultori anche al fine di uniformare le procedure di accoglienza, di presa in carico e di gestione dei percorsi per la promozione e la tutela della salute della donna, della coppia e dell'età evolutiva	Garantire le corrette modalità organizzative ed erogative per la gestione dell'offerta delle prestazioni cliniche dei servizi	N. utenti Consultori totali	32.637	31.984	32.637	1
D2.D6.3b		Garantire il contenimento dei tempi di attesa e l'equità di accesso ai servizi	Aumento dell'offerta delle ecografie dei due trimestri	20%	15%	20%	1
D2.D6.3a		Rispetto volumi prestazioni di ricovero ospedaliero	Volume dimessi	7.172	7.000	7.172	1
D2.D6.3b		Promuovere l'utilizzo di appropriato dei setting assistenziali (regime ordinario, regime diurno, ambulatorio)	C4.7 - DRG LEA chirurgici - Percentuale ricoveri in Day Surgery	> 75	66.0%	> 75	1
D2.D6.3c			% Ricoveri ordinari potenzialmente inappropriati da LEA in linea con le percentuali definite a livello regionale	95%	80%	100%	1
D2.D6.3d			C3.5 Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati	<1	1	<1	1
D2.D6.3e		Promuovere l'utilizzo di appropriato dei posti letto e delle giornate di degenza per garantire una corretta ospedalizzazione per acuti	Percentuale di DRG con Degenza media oltre soglia	<1	1	<1	1
D2.D6.3f			Degenza Media parti fisiologici	<3.6	<4	<3.6	1
D2.D6.3g			Degenza media ricoveri medico ordinari	< 7 gg	< 9 gg	< 7 gg	1
D2.D6.3h			Tasso Utilizzo posti letto	> 85%	> 80%	> 95%	1
D2.D6.3i		Riduzione dimissione volontaria dai reparti	D18 % dimissioni volontarie	< 0.35	0.7%	< 0.35	1
D2.D6.3j			C7.1 % cesarei depurati (NTSV)	< 18	< 20	< 18	1
D2.D6.3k			C7.3 % episiotomia depurata (NTSV)	<15	<30	<15	1
D2.D6.3l		Migliorare l'assistenza ostetrica e ginecologica in ambulatorio e nei reparti	C17.4.1 % ricoveri sopra soglia per parti	>95	> 90%	>95	1



USL Umbria2

SCHEDA OBIETTIVI
AREA SANITARIA

DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE


Anno 2018

PIANO DEGLI OBIETTIVI

AMM.	Descrizione attività	Descrizione obiettivi	Descrizione attività	Descrizione obiettivi	Descrizione attività	Descrizione obiettivi	Descrizione attività	Descrizione obiettivi	Descrizione attività	Descrizione obiettivi	Descrizione attività	Descrizione obiettivi	Descrizione attività	Descrizione obiettivi	Descrizione attività	Descrizione obiettivi	Descrizione attività	Descrizione obiettivi	Descrizione attività	Descrizione obiettivi
D1.D6.1a	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 499/2016 e alla Delibera del Direttore Generale 664/2016	Garantire i valori soglia del PNE e gli standard di percorso	Assistenziali (parametri di riferimento relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure del DMI 70/2015, obiettivi Pato per la Salute, volumi ed esiti PNE, obiettivi MeS, legge di stabilità 2015)	Garantire i valori soglia del PNE e gli standard di percorso	C17.4.2 Indica la dispersione della casistica in stabilimenti sotto soglia per parti	<15	<30	<15	<15	osservazionale										
D1.D6.1b					C17.5 % di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<2.5	<5	<2.5	<2.5	osservazionale										
D1.D6.1c					% neonati dimessi con allattamento al seno	>78	>75%	>80	>80	1										
D1.D6.1d					Ni parti totali (> 1.000 Foligno, > 500 Spoleto e Orvieto)	> 2.200	> 2.000	> 2.200	> 2.200	1										
D1.D6.1e					Aderenza agli indici di Robson per il Taglio Cesareo	100%				osservazionale										
D1.D6.1f					GP01 Proporzioni di parti con taglio cesareo primario	<25% FO <15% SPO E ORV				2										
D1.D6.1g					GP02 Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	<0.2%				osservazionale										
D1.D6.1h					GP03 Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	<0.3%				osservazionale										
D1.D6.1i					% parti in analgesia	15%	20%	15%	15%	1										
D1.D6.1j					Reportistica semestrale sul numero delle donazioni di sangue	100%				1										
D1.D6.1a					Rispetto dei volumi di attività offerti a CUP per le prestazioni istituzionali (comprese quelle domiciliari indovate previste). Tale tetto determina anche il volume massimo di prestazioni ALPI per la struttura che deve essere inferiore a quello istituzionale	41.244	41.000	41.244	41.244	1										
D1.D6.1b					Rispetto dei volumi di attività offerti in ALPI nella struttura	19.344	19.400	19.344	19.344	1										
D1.D6.1c					Percentuale di prestazioni prenatali sul totale delle prestazioni erogate al netto delle prestazioni per cui è prevista l'accettazione	85%	80%	100%	100%	1										
D1.D6.1d					% di prestazioni erogate nei tempi previsti per i RAO (RAO U-3gg, B= 1gg, 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%	100%	2										
D1.D6.1e					Garantire il contenimento dei tempi di attesa e i requisiti di accesso ai servizi	20%	15%	20%	20%	1										

PESO OBIETTIVI DI ATTIVITA'

28



SCHEDA OBIETTIVI
AREA SANITARIA

DIREZIONE AZIENDALE



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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE



Anno 2018

PIANO DEGLI OBIETTIVI


PESCO OBIETTIVI PER LA PREVENZIONE DELLA SALUTE, QUALITA', APPROPRIATEZZA E SICUREZZA DELLE CURE									
OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO		RANGE		PESO		
			MIN	MAX	MIN	MAX			
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 la SQG per assicurare gli standard e i livelli di conformità previsti dalle norme di Accreditemento Istituzionale e dalle norme ISO.	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Qualità e Accreditemento e sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguibili/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 conseguibili/obiettivi previsti	100%	95%	100%	5		
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 costi di spesa per la struttura con il Dipartimento di Assistenza Farmaceutica e sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguibili/obiettivi previsti	100%	95%	100%	5		
E4	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	Obiettivi conseguibili/obiettivi previsti	100%	95%	100%	2		
PESCO OBIETTIVI QUALITA', APPROPRIATEZZA, SICUREZZA DELLE CURE									
OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO		RANGE		PESO		
			MIN	MAX	MIN	MAX			
E1	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 conseguibili/obiettivi previsti	100%			6		
E2	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		
PESCO OBIETTIVI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI									
10									

 USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA	
		DIREZIONE AZIENDALE	
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE	
		DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	
		Anno 2018	
		PIANO DEGLI OBIETTIVI	
		RESO TOTALE 500	
NOT	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.		
A	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.		
A	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.		
NOT	L'illustrazione e la condivisione va fatta anche per tutti gli altri piani, se assegnati alla struttura (qualità e accreditamento, rischio clinico), per consentirne la piena attuazione.		
A	I momenti di illustrazione e condivisione vanno verbalizzati		
B	Tale operatività rappresenta obiettivo specifico del Direttore/Responsabile nonché dell/i responsabile/i di posizione organizzativa, utile ai fini della sua valutazione individuale.		
NOT	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 (01.03.03.04.05) specificando per gli item A obiettivi specifici se individuati.		
A	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.		
C	Tutte le schede previste dovranno essere validate per gli item A entro il 28.2.2019 e trasmesse all'Ufficio Relazioni Sindacali entro il 30.3.2019.		
	Tali operatività rappresentano obiettivo specifico del Valutatore utile ai fini della valutazione individuale del valutatore.		
NOT	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.		
A	La mancata trasmissione delle relazioni suddette comporta una decurtazione del punteggio finale pari al massimo al 10% del totale ottenuto.		
D			
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile	
Terni 16.1.2018			
		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 MATERNO INFANTILE							
Anno 2018							
PIANO DEGLI OBIETTIVI							
E OBIETTIVI DI QUALITA' E ACCREDITAMENTO							
Qualità, Appropriatazza e Sicurezza delle Cure	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
					MIN	MAX	
E1.D6.1	Completamento percorso SGQ per accreditamento nelle SC Ostetricia e Ginecologia del PO di Spoleto e di Orvieto	Completamento del SGQ definito	Redazione delle procedure previste	100%			2,0
E1.D6.2	Completamento percorso SGQ per accreditamento SC Pediatria PO di Spoleto e Orvieto	Completamento del SGQ definito	Redazione delle procedure previste	100%			2,0
E1.D6.3	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%			0,5
E1.D6.4	Mantenimento del SGQ nelle strutture accreditate e certificate SC Ostetricia e Ginecologia del PO di Foligno	Applicazione del SGQ definito	Applicazione delle procedure previste	100%			1,5
PESO OBIETTIVI FI							6
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile					
Terni 16.1.2018		 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 MATERNO INFANTILE					
		Anno 2018					
		PIANO DEGLI OBIETTIVI					
		E. OBIETTIVI F2 RISCHIO CLINICO					



**USLumbria2**

SCHEDA OBIETTIVI
AREA SANITARIA

DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Anno 2018

PIANO DEGLI OBIETTIVI
F. OBIETTIVI ES FARMACEUTICA


OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO	RANGE		PESO
				MIN	MAX	
E.3.D6.1 Promuovere l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica finalizzata alla sicurezza delle cure e all'efficiente utilizzo delle risorse	Rispetto tetto di budget	Valore economico	964.444,33	994.272,50	964.444,33	3
E.3.D6.2 Promozione di incontri con il DAF per l'appropriatezza prescrittiva con analisi dei dati di spesa e di prescrizione.		Numero di incontri/anno	almeno 2 incontri anno			2
PESO OBIETTIVI F3						5

Sede e Data negoziazione
Termini 16.1.2018

Firma Responsabile
Timbro e Firma Direzione



SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA	
DIREZIONE AZIENDALE	
UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE	
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	
Anno 2018	
PIANO DEGLI OBIETTIVI	
E. OBIETTIVI E4 PROMOZIONE SALUTE	
OBIETTIVI	AZIONI
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
Qualità, Appropriatezza e Sicurezza delle E4.D6.1	Previsi dal PRP - protocolli, insegnanti formati, attività
VALORE NEGOZIATO	70%
RANGE	MIN
MAX	90%
PESO	2.0
PESO OBIETTIVI E4	
2	
Sede e Data negoziazione	
Firma Responsabile	
Temi 16.1.2018	
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 MATERNO INFANTILE

Anno 2018



PIANO DEGLI OBIETTIVI

F. OBIETTIVI E PREVENZIONE CONFESSIONE (Ripartimento del piano della Direzione Area)


OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO	RANGE		PESO
				MIN	MAX	
F1.D6.1a Attività conseguenti al decesso	<ul style="list-style-type: none"> 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 del familiare 	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
	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.D6.2 Liste attese sale operatorie	<ul style="list-style-type: none"> adozione della "procedura aziendale delle agende di prenotazione e della prepedalizzazione per i ricoveri chirurgici programmabili" in sostituzione degli attuali regolamenti attuazione dei controlli trimestrali per tutte le fasi di rischio individuate con particolare riferimento al rispetto dell'ordine cronologico a parità di classi di priorità controllo sulla validazione delle schede di prepedalizzazione 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 12 mesi precedenti			1
F1.D6.3 Accettazione diretta prestazioni sanitarie (CUP)	<ul style="list-style-type: none"> Confronto sistematico con gli ambulatori per contenere il ricorso alla procedura di accettazione diretta 	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.D6.4 ALPI	<ul style="list-style-type: none"> Adottato regolamento per svolgimento CP Adottato tariffario unico Applicazione rigorosa del regolamento Detentore costituito da attività sanzionatoria normativa 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 12 mesi precedenti			1

Piano Attivativo

Piani Attivativi

 USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA			
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE			
		DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE			
		Anno 2018			
		PIANO DEGLI OBIETTIVI			
F1.D6.5	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 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			
Termi 16.1.2018		 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 MATERNO INFANTILE

Anno 2018


PIANO DEGLI OBIETTIVI						
F. OBIETTIVI F2 TRASPARENZA						
OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
				MIN	MAX	
Piani Attuativi	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	100% delle pubblicazioni previste in maniera tempestiva			2
	Puntuale adempimento di quanto previsto in merito ad aggiornamento Sito	Aggiornamento delle informazioni conoscitive della struttura nella sezione "Guida ai Servizi"	100% delle pubblicazioni previste in maniera tempestiva			2
PESO OBIETTIVI F2						4
Sede e Data negoziazione Firma Responsabile						
Terni 16.1.2018 Timbro e Firma Direzione						






BUDGET 2018

DIPARTIMENTO RIABILITAZIONE

 USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE						
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
		DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE						
		Responsabile Dr. Mauro Zampolini						
		Anno 2018						
		PIANO DEGLI OBIETTIVI						
		BI OBIETTIVI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DEI DATI E DEI FLUSSI INFORMATIVI						
		OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOCIATO	RANGE MIN MAX	PESO
Flussi Informativi	B2.D7.1a	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 All@me per alimentare le informazioni sulle cure domiciliari e il flusso SIAO nel rispetto della procedura aziendale	% di informazioni complete nei tempi previsti per il flusso SIAO (indicatori procedura)	100%	= > 98 100%		2
	B2.D7.1c		Rendicontazione periodica e annuale delle attività di pertinenza attraverso la produzione della reportistica specifica su format definito per le prestazioni per interni	Trasmissione reportistica richiesta al controllo di gestione su base semestrale, su format prestabilito, entro 30 giorni dalla chiusura del semestre	100%	= > 96 100%		2
	B3.D7.1c	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 a % della rilevazione della concordanza RAO per le prestazioni che lo prevedono	100%	= > 98 100%		2
	B4.D7.1a	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 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.D7.1b		Controllo sistematico della casistica dei DRG potenzialmente inappropriati con effettuazione dei controlli su 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.D7.1c			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		12	



SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA									
DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE									
DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE									
Responsabile Dr. Mauro Zampolini									
Anno 2018									
PIANO DEGLI OBIETTIVI									
C. OBIETTIVI DI TIPO ORGANIZZATIVO									
OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO	RANGE MIN	RANGE MAX	PESO			
C3.D7.1a	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.D7.1b		Informaticizzazione del percorso riabilitativo	Avvio dell'utilizzo del PRU (Progetto Unico Riabilitativo) in All@nce	100%		2			
C3.D7.1	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 di riabilitazione informatico in All@nce come da progetto regionale attraverso la compilazione della scheda di Brass	N° gestioni informatiche da parte dei reparti n. richieste totali	100%	98%	2	100%		
C3.D7.2a		Revisione del progetto riabilitativo individuale, presa in carico nel follow-up ed integrazione su all@nce	Riunioni per definire come ristrutturare il progetto riabilitativo e i contenuti della cartella clinica riabilitativa	100%		2			
C3.D7.2	Promuovere l'implementazione di progetti specifici per la qualificazione degli interventi riabilitativi	Potenziamento laboratorio per lo studio della postura e del cammino attraverso l'utilizzo di nuove tecnologie	Report sull'attività svolta	100%		2			
C3.D7.2		Potenziamento Laboratorio per la Riabilitazione dell'arto superiore	Sistematizzare la raccolta dati dei trattamenti	100%		1			
C3.D7.2			Sviluppare ricerca per apparati innovativi	100%		1			
C3.D7.2			Sviluppare collaborazioni esterne anche in funzioni di finanziamento progetti	100%		1			
C3.D7.2			Sviluppo tele consulto con Orvieto e aree terremotate	100%		1			
C3.D7.2		Sviluppo della telecare	Definizione del PDTA telemedicina integrato a PDTA ictus	100%		1			
C3.D7.2		Sviluppo protocollo standardizzato batteria neurofisiologica per la valutazione del possibile recupero funzionale dei pz in riabilitazione	Produzione e applicazione protocollo	100%		2			
C3.D7.2		Sviluppo Protocolli "do not crash"	Sviluppo protocolli sui farmaci da non tritare per la nutrizione enterale "do not crash"	100%		2			

10/10

1000

USL UMBRIA2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE	
DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE		Responsabile Dr. Mauro Zampolini		ANNO 2018	
Piano degli Obiettivi		PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI		37	
Organizzativi	C3.D7.2	Ripertura posti letto di riabilitazione a Cascia	Avvio attività con definizione nuovi protocolli di attività	100%	2
	C3.D7.2	Progetto follow-up - disabilità per le nuove unità abitative per le aree terremotate	Monitoraggio progetto concordato	100%	2
	C3.D7.2	Potenziamento dell'attività Fisica Adattata e sviluppo attività fisica per la disabilità nelle sue varie articolazioni come strategia di intervento della cronicità sulla base della delibera regionale del 28 dicembre 2016	Attivazione Attività fisica adattata in tutti i distretti dell'azienda	100%	1
	C3.D7.2		Attivazione dell'attività fisica per la disabilità in tutti i distretti e con programmi di collaborazione con le associazioni locali	100%	1
	C3.D7.3a	Promuovere il miglioramento della presa in carico dei pazienti in ADI	Omogeneizzazione degli interventi nei territori per l'attività riabilitativa in ADI con effettuazione di visite domiciliari in equipe (fisiatra/fisioterapista) anche ai fini dell'addestramento del care giver - Caricare in Ali@me le prestazioni effettuate	100%	2
	C3.D7.3b	Garantire un'assistenza appropriata dell'intervento riabilitativo e percorsi integrati ospedale-territorio. Potenziare e qualificare l'offerta delle prestazioni riabilitative con miglioramento dell'appropriatezza, potenziamento della presa in carico riabilitativa e verifica e valutazione dei trattamenti effettuati	Organizzazione dei percorsi e delle agende CUP con definizione dell'offerta	100%	2
	C3.D7.3c		Relazione sullo sviluppo dei percorsi riabilitativi ospedale-territorio per i pazienti acuti dimessi da reparti con dettaglio delle casistiche trattate	100%	2
	C3.D7.3d		Promozione di incontri con le Unità Operative ospedaliere per acuti per promuovere l'appropriatezza di richiesta della valutazione fisiatrica	almeno 2 incontri anno	2
	C3.D7.3e		Promozione di incontri con i MMG e gli Specialisti Ambulatoriali per promuovere l'appropriatezza prescrittiva della valutazione fisiatrica e delle prestazioni fisioterapiche	almeno 2 incontri anno	2
	C4.D7.1	Promuovere la riorganizzazione e la razionalizzazione dei servizi ospedalieri in aderenza alle linee di indirizzo regionali e alla programmazione aziendale	Rispetto degli impegni del cronoprogramma con completamento del piano di riordino previsto per il Piano di Riordino della rete ospedaliera rete neurologica compreso S.U. e rete riabilitativa	100% 98%	2

USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA			
		DIREZIONE AZIENDALE			
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE			
		DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE			
		Responsabile Dr. Mauro Zampolini			
		Anno 2018			
		PIANO DEGLI OBIETTIVI			
		di OBIETTIVI di ATTIVITA'			
OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO	RANGE MIN MAX	PESO
D3.D7.1a	Rispetto volumi prestazioni di ricovero ospedaliero	Volume dimessi	1.900	1.850 1.900	1
D3.D7.1b		% Ricoveri ordinari potenzialmente inappropriati da LEA in linea con le percentuali definite a livello regionale	95%	80% 100%	1
D3.D7.1c	Promuovere l'utilizzo di appropriato del setting assistenziali (regime ordinario, regime diurno, ambulatorio)	C14.2 - Percentuale ricoveri in dh medico con finalita' diagnostica	< 18,00	20,0% < 18,00	1
D3.D7.1d		C14.3 - Percentuale ricoveri ordinari medici brevi	< 19,00	20,0% < 19,00	1
D3.D7.1e	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 qualita' degli interventi assistenziali (parametri di riferimento relativi a volumi, qualita' ed esiti delle cure del DM 70/2015, obiettivi Patto per la Salute, volumi ed esiti PNE, obiettivi MeS, legge di stabilita' 2016)	Percentuale di DRG con Degenza media oltre soglia	< 1	1 < 1	1
D3.D7.1f		Degenza media ricoveri medici ordinari	< 7 gg	< 9 gg < 7 gg	1
D3.D7.1g		C14.4 Percentuale ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni	< 2	2,5% < 2	1
D3.D7.1h		Tasso Utilizzo posti letto	> 85%	> 80% > 95%	1
D3.D7.1i	Assicurare un adeguato recupero funzionale dei pazienti con disabilita' attraverso la presa in carico precoce dal reparto per acuti ed il potenziamento dell'assistenza riabilitativa in regime di ricovero	Tasso di utilizzo per riabilitazione	> 90%	> 85% > 95%	1
D3.D7.1j		% ricoveri DO riabilitazione provenienti da reparto per acuti	> 60%	> 55% > 60%	1
D3.D7.1k	Riduzione dimissione volontaria dai reparti	D18 % dimissioni volontarie	< 0,35	0,7% < 0,35	2
D3.D7.1l	Garantire i valori soglia del PNE e gli standard di percorso	NE01 Ictus ischemico: mortalita' a 30 giorni	< 10%	< 12% < 10%	2
D3.D7.1m		N. casi trattati con fibrinolisi/in. totali ictus ischemico	> 7%	> 5% > 7%	2
D3.D7.1	Promuovere il miglioramento dell'accessibilita' alle strutture per post-acuti attraverso la garanzia di tempi di attesa congrui per la presa in carico delle casistiche segnalate al fine di ridurre le giornate di degenza inappropriate nel reparto per acuti	N. prese in carico nei tempi stabiliti/n. esami casi segnalati dalle strutture per acuti	90%	85% 90%	2

Attività

USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA				
		DIREZIONE AZIENDALE				
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE				
		DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE				
		Responsabile Dr. Mauro Zampolini				
		Anno 2018				
		PIANO DEGLI OBIETTIVI				
D4.D7.1a	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	Rispetto dei volumi di attività offerti a CUP per le prestazioni istituzionali (compresa quelle domiciliari laddove previsto). Tale tetto determina anche il volume massimo di prestazioni ALPI per la struttura che deve essere inferiore a quello istituzionale	83.250	83.000	83.250
			Rispetto dei volumi di attività offerti in ALPI nella struttura	11.352		11.352
		Monitoraggio erogazione delle prestazioni	Percentuale di prestazioni prestate sul totale delle prestazioni erogate al netto delle prestazioni per cui è prevista l'accettazione	85%	80%	100%
		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=30/50gg; 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'				26


[Signature]

USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA				
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE				
		DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE				
		Responsabile Dr. Mauro Zampolli				
		Anno 2018				
		PIANO DEGLI OBIETTIVI				
		OBIETTIVI PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE, QUALITA' APPROPRIATEZZA E SICUREZZA DELLE CURE				
Qualità, Appropriatazza e Sicurezza delle Cure	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOCIATO	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 SQO 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	Obiettivi conseguibili/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 conseguibili/obiettivi previsti	100%	95% 100%	5
	E3 Garantire la gestione appropriata nell'utilizzo dei beni sanitari per le strutture di pertinenza Promuovere il miglioramento dell'appropriata prescrizione ed autorizzativa	Strutturazione del programma specifico e dei costi di spesa per la struttura con il Dipartimento di Assistenza Farmaceutica e sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguibili/obiettivi previsti	100%	95% 100%	5
				PESO OBIETTIVI QUALITA', APPROPRIATEZZA, SICUREZZA DELLE 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 RIABILITAZIONE							
Responsabile Dr. Mauro Zampolli							
Anno 2018							
PIANO DEGLI OBIETTIVI							
F. OBIETTIVI PER LA REALIZZAZIONE DEI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI							
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE MIN	MAX	PESO
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 conseguibili/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 conseguibili/obiettivi previsti	100%			5
PESO OBIETTIVI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI							10
PESO TOTALE							100



 USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA	
		DIREZIONE AZIENDALE	
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE	
		DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE	
		Responsabile <i>Dr. Mauro Zampolini</i>	
		ANNO 2018	
		<u>PIANO DEGLI OBIETTIVI</u>	
NOTA A	<p>E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura, nonché dei/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.</p> <p>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.</p>		
NOTA B	<p>L'illustrazione e la condivisione va fatta anche per tutti gli altri piani, se assegnati alla struttura (qualità e accreditamento, rischio clinico), per consentirne la piena attuazione. I momenti di illustrazione e condivisione vanno verbalizzati.</p> <p>Tale operatività rappresenta obiettivo specifico del Direttore/Responsabile nonché dei/i responsabile/i di posizione organizzativa utile ai fini della sua valutazione individuale.</p>		
NOTA C	<p>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 individuali.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Tali operatività rappresentano obiettivo specifico del Valutatore utile ai fini della valutazione individuale del valutatore.</p>		
NOTA D	<p>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.</p> <p>La mancata trasmissione delle relazioni suddette comporta una decurtazione del punteggio finale pari al massimo al 10% del totale ottenuto.</p>		
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile	
DATA		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 RIABILITAZIONE						
Responsabile Dr. Mauro Zampolini Anno 2018						
PIANO DEGLI OBIETTIVI						
E' OBIETTIVI ELI QUALITA' E ACCREDITAMENTO						
OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
				MIN	MAX	
E1.D7.1 Completamento sviluppo del Sistema Gestione Qualità per l'accreditamento del Servizio di Riabilitazione territoriale di Foligno	Completamento del SGQ definito e formalizzazione domanda di accreditamento	Redazione delle procedure previste	100%			2
E1.D7.2 Completamento estensione del Sistema Gestione Qualità (procedure, modulistiche, progetto individuale, cartelle cliniche, ecc...) per l'accreditamento di tutte le strutture dipartimentali cod. 56	Completamento del SGQ definito	Redazione delle procedure previste	100%			2
E1.D7.3 Mantenimento certificazione e accreditamento strutture dipartimentali di Foligno, Trevi	Corretta Applicazione SGQ definito	Superamento verifiche	100%			1
PIANO OBIETTIVI FI						5
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile				
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 DI RIABILITAZIONE

Responsabile Dr. Mauro Zampolini

Anno 2018

PIANO DEGLI OBIETTIVI

E. OBIETTIVI E2 RISCHIO CLINICO


OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO	RANGE		PESO
					MIN	MAX	
E2.D7.1a	Consolidamento del sistema locale di incident reporting: sensibilizzazione alla segnalazione degli eventi avversi e degli eventi evitati, superamento delle barriere alla segnalazione	Realizzazione di almeno 1 Safety Walk Round (SWR) in una struttura afferente	Report SWR	entro dicembre 2018			1
E2.D7.1b		Applicazione della PG: Gestione degli eventi avversi ed incident reporting" nelle strutture afferenti	N. eventi avversi o quasi eventi segnalati/n eventi o quasi eventi avvenuti (schede compilate e trasmesse/anno)	100% entro dicembre 2018			1
E2.D7.2	Prevenzione degli errori in terapia farmacologica	Implementazione delle buone pratiche per la Riconciliazione farmacologica e registrazione sulla SCHEDA PER LA RICONCILIAZIONE FARMACOLOGICA	n. Scheda di Riconciliazione presente e correttamente compilata/n cartelle verificate (campione rappresentativo di CC)	> 90% entro Ottobre 2018			1
E2.D7.3a	Riduzione del rischio di infezioni correlate all'assistenza	Osservazione diretta dell'adesione all'igiene delle mani 1/voll'anno	Compilazione 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
E2.D7.3b		Implementazione e monitoraggio della PG "Igiene delle mani" - incremento del consumo del gel alcolico per la frizione delle mani	Consumo =>20litri 1000 giorni degenza				1
PESO OBIETTIVI E2							5

Sede e Data negoziazione

Firma Responsabile

Timbro e Firma Direzione

Qualità, Appropriatazza e 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 RIABILITAZIONE

Responsabile *Dr. Mauro Zampolini*

Anno 2018

Qualità, Appropriata e Sicurezza delle Cure

E3.D7.1

E3.D7.2

E3.D7.3

OBIETTIVI

Promuovere l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica finalizzata alla sicurezza delle cure e all'efficiente utilizzo delle risorse

AZIONI

Rispetto tetto di budget

Monitoraggio delle prescrizioni degli ausili protesici

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

INDICATORI

Valore economico

Numero prescrizioni ausili nel rispetto protocolli/numero totali di prescrizione di ausili protesici

Numero di incontri/anno

VALORE NEGOZIATO

612.408,09

100%

almeno 2 incontri anno

RANGE

MIN

631.348,55

MAX

612.408,09

PESO

2

2

1

PESO OBIETTIVI F3

5


Sede e Data negoziazione

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 DI RIABILITAZIONE					
Responsabile Dr. Mauro Zampolini					
Anno 2018					
PIANO DEGLI OBIETTIVI					
OBIETTIVI E PREVENZIONE EPIDEMIOLÓGICA (definito nel Piano alla risposta ALPI)					
OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO		
			RANGE MIN MAX		
			PESO		
F1.07.1a	Attività conseguenti al decesso	<ul style="list-style-type: none"> 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 diritto di fornire indicazioni di alcun tipo sulle imprese funebri a contattare direttamente le imprese per conto del familiare 	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
F1.07.1b	Disposizione di servizio a tutto il personale coinvolto sul diritto 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	
F1.07.2	Accettazione diretta prestazioni sanitarie (CUP)	<ul style="list-style-type: none"> Confronto sistematico con gli ambulatori per contenere il ricorso alla procedura di accettazione diretta 	Numero prenotazioni Numero di accettazioni Relazione sulla base dei Report forniti dal CUP	85% delle prestazioni prenotale sul totale entro il 30 novembre di ogni anno per 12 mesi precedenti	1
F1.07.3	ALPI	<ul style="list-style-type: none"> Adottato regolamento per svolgimento LP Adottato tariffario unico Applicazione rigorosa del regolamento Definire costituito da attività sanzionatoria normativa 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 12 mesi precedenti	1
F1.07.4	Svolgimento funzioni in presenza di conflitto di interesse	Compilazione delle autocertificazioni sulla presenza/assenza di conflitti di interesse	100% delle autocertificazioni i dovute con relazione entro il 30 novembre di ogni anno	1	
			PESO OBIETTIVI FI	5	

Sede e Data negoziazione	Firma Responsabile
DATA	Timbro e Firma Direzione

**USL Umbria2**

SCHEDA OBIETTIVI
AREA SANITARIA

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

DIREZIONE AZIENDALE

DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE

Responsabile *Dr. Mauro Zampolini*

Anno 2018

PIANO DEGLI OBIETTIVI

OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
					MIN	MAX	
Piani Attuativi	F2.D7.1 Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Pubblicazione sul sito aziendale sezione Amministrazione Trasparente	100% delle pubblicazioni previste in maniera			2
	F2.D7.4 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			3
PESO OBIETTIVI F2							5

Sede e Data negoziazione
Firma Responsabile

DATA
Timbro e Firma Direzione