





BUDGET 2018

DIPARTIMENTO PATOLOGIA CLINICA

 USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE						
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA								
Responsabile Dr. Enrico Cristallini								
Anno 2018								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
B. OBIETTIVI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DEI DATI E DEI FLUSSI INFORMATIVI								
Flussi Informativi	B3.D8.1a	Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati con alimentazione dei flussi informativi di governo NSIS e la corretta e completa registrazione dei dati da parte dei Servizi Territoriali nel SW specifico con alimentazione dei rispettivi flussi	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
	B3.D8.1b					MIN	MAX	
	B3.D8.1c							
		Integrazione Athena con cartella clinica informatizzata e avvio utilizzo modulo specifico dalla cartella clinica	Utilizzo Athena da Cartella Clinica	100%				3
		Integrazione programma SIT con interfaccia per Azienda Ospedaliera	Attivazione programma integrazione e utilizzo braccialeto	100%		95%	100%	3
		Corretta alimentazione dei sistemi gestionali di pertinenza nel rispetto delle indicazioni formative/informative anche ai fini della produzione della reportistica specifica su format definito per tutte le strutture del Dipartimento	Trasmissione tracciato record delle prestazioni per interni nel rispetto delle regole condivise con il Controllo di Gestione	98%		98%	100%	4
PESO OBIETTIVI FLUSSI INFORMATIVI								10


[Handwritten signature]

[Handwritten mark]


 USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA							
DIREZIONE AZIENDALE									
UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE									
DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA									
Responsabile Dr. Enrico Cristallini									
Anno 2018									
PIANO DEGLI OBIETTIVI									
C. OBIETTIVI DI TIPO ORGANIZZATIVO									
	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO	RANGE <div>MIN</div> <div>MAX</div>		PESO		
Organizzazione	C2.D8.1 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%			5		
	C4.D8.2 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 laboratori, sit, anatomia patologica e attivazione programma POCT nei PS individuali	100%	98%	100%	5		
				PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI				10	





USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
		DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA					
		Responsabile Dr. Enrico Cristallini					
		Anno 2018					
		PIANO DEGLI OBIETTIVI					
		D. OBIETTIVI DI ATTIVITA'					
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE MINMAX		PESO
D4.D8.1a	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 (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	2.620.000	2.600.000	2.620.000	5
D4.D8.1b		Monitoraggio erogazione delle prestazioni	Rispetto dei volumi di attività offerti in ALPI nella struttura	50.000	55.000	50.000	5
D4.D8.1c			Percentuale di prestazioni prenotate sul totale delle prestazioni erogate al netto delle prestazioni per cui è prevista l'accettazione	85%	80%	100%	5
D4.D8.1d			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%
D4.D8.2	Assicurare un'adeguata offerta di prestazioni diagnostiche per pazienti ricoverati	Garantire le corrette modalità organizzative ed erogative per la gestione dell'offerta delle prestazioni per interni	Rispetto dei volumi di prestazioni per interni	1.569.048	1.537.667	1.569.048	4
D4.D8.3a	Promuovere il miglioramento dell'accessibilità ai servizi di diagnostica per immagini attraverso la garanzia di tempi di attesa congrui per l'esecuzione delle prestazioni per interni al fine di ridurre le giornate di degenza inappropriate	Rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle strutture (<...gg per struttura) 3 gg. lavorativi per laboratorio settore clinico-chimica	Tempo medio di attesa	3 gg	4 gg	3 gg	5
D4.D8.3b		Rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle strutture (<...gg per struttura) 3 gg. lavorativi per immunopatologia	Tempo medio di attesa	3 gg	4 gg	3 gg	5
D4.D8.3c		Rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle strutture (<...gg per struttura) 10 gg. lavorativi per biopsia endoscopica gastrica anatomia patologica	Tempo medio di attesa	10 gg	12 gg	10 gg	5

 USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA							
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE							
		DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA							
		Responsabile Dr. Enrico Cristallini							
		Anno 2018							
		PIANO DEGLI OBIETTIVI							
	D4.D8.3d	Garantire l'accuratezza diagnostica e la tempestività di refertazione per l'Anatomia Patologica al fine di ridurre i tempi di diagnosi soprattutto per le patologie con sospetto oncologico, rare... e ridurre i tempi di chiusura delle SDO	Rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle strutture (<...gg per struttura) 10 gg. lavorativi per biopsia endoscopica gastrica anatomia patologica	Tempo medio di attesa	10 gg	12 gg	10 gg	5	
	D4.D8.3e		Rispetto dei tempi di refertazione	% esami di anatomia patologica refertati entro 15 gg	90%	85%	100%	5	
	D4.D8.4a		Accuratezza diagnostica nelle diagnosi istopatologiche attraverso la doppia lettura	Diagnosi confermate/totale diagnosi	100%	95%	100%	5	
	D4.D8.4b	Tempestività invio referto anatomia patologica ai fini della definizione tempestiva delle diagnosi e della chiusura delle SDO Trasmissione al presidio ospedaliero dei report dei referti consegnati e dei referti in corso, con evidenza della data di arrivo del pezzo in anatomia patologica	N. esami refertati entro 15 gg/ totale esami	98%	95%	98%	5		
		PESO OBIETTIVI DI ATTIVITA'							58





 USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA				
DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA						
Responsabile Dr. Enrico Cristallini						
Anno 2018						
PIANO DEGLI OBIETTIVI						
E' OBIETTIVO PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE, QUALITA', APPROPRIATEZZA E SICUREZZA DELLE CURE						
Qualita', Appropriatazza 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 Accreditamento 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%	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%	2
	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 DELLE CURE						12







 USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA				
		DIREZIONE AZIENDALE				
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE				
		DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA				
		Responsabile Dr. Enrico Cristallini				
		Anno 2018				
		PIANO DEGLI OBIETTIVI				
		F. OBIETTIVI PER LA REALIZZAZIONE DEI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI				
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'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
		PESO OBIETTIVI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI				10
		PESO TOTALE				200

[Handwritten signature]

[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 PATOLOGIA CLINICA			
Responsabile Dr. Enrico Cristallini			
Anno 2018			
PIANO DEGLI OBIETTIVI			
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 consentirne 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	
Foglio 17.1.2018		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 DI PATOLOGIA CLINICA						
Responsabile <i>Dr. Enrico Cristallini</i>						
Anno 2018						
<u>PIANO DEGLI OBIETTIVI</u>						
P. OBIETTIVI E QUALITA' E ACCREDITAMENTO						
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE MIN MAX	PESO
E.L.D8.1 Sicurezza delle Appropriatezza e	Completamento percorso SGQ per accreditamento per il Laboratorio Analisi di Orvieto	Completamento del SGQ definito	redazione delle procedure previste	100%		3
E.L.D8.2	Mantenimento del SGQ nelle strutture accreditate e certificate di Foligno e Spoleto	applicazione del SGQ definito	Superamento delle verifiche	100%		2
PESO OBIETTIVI E1						5
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile				
Foligno 17.1.2018		 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 DI PATOLOGIA CLINICA

Responsabile *Dr. Enrico Cristallini*




Anno 2018



PIANO DEGLI OBIETTIVI						
E. OBIETTIVI E2 RISCHIO CLINICO						
OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO	RANGE		PESO
				MIN	MAX	
E2.D8.1 Qualità, Appropriata za e Sicurezza	Consolidamento del sistema locale di incident reporting: sensibilizzazione alla segnalazione degli eventi avversi e degli eventi evitati, superamento delle barriere alla segnalazione	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		2
PESO OBIETTIVI E2						2


Sede e Data negoziazione
Foligno 17.1.2018

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 DI PATOLOGIA CLINICA						
Responsabile Dr. Enrico Cristallini						
Anno 2018						
PIANO DEGLI OBIETTIVI						
E. OBIETTIVI E3-FARMACEUTICA						
OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO	RANGE		PESO
				MIN	MAX	
E3.D8.1	Rispetto tetto di budget	Valore economico	5.051.043,93	5.207.261,78	5.051.043,93	2
E3.D8.2	Corretta tenuta dei magazzini intermedi	Rendicontazione su base trimestrale	100%	90%	100%	1
E3.D8.3	Partecipazione incontri con il DAF per un'analisi mirata dei beni sanitari consumati al fine di promuovere l'appropriatezza prescrittiva con analisi dei dati di spesa e di prescrizione.	Numero di incontri/anno con redazione verbale da inviare alla Direzione Sanitaria: - il primo entro il primo semestre	almeno 2 incontri anno			2
PESO OBIETTIVI E3						5
Sede e Data negoziazione Foligno 17.1.2018		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 DI PATOLOGIA CLINICA						
Responsabile Dr. Enrico Cristallini						
Anno 2018						
PIANO DEGLI OBIETTIVI						
F. OBIETTIVI F3 PREVENZIONE CORRUZIONE (riferimento al Piano alla Mappatura M...)						
OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO	RANGE		PESO
				MIN	MAX	
F1.D8.1 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 prestate sul totale con relazione entro il 30 novembre di ogni anno per 12 mesi precedenti			2
F1.D8.2 ALPI	<ul style="list-style-type: none"> Adottato regolamento per svolgimento LP Adottato tariffario unico Applicazione rigorosa del regolamento Deterrente 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			2
F1.D8.3 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
Piano Attivativi						
				PESO OBIETTIVI F1		5
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile				
Foligno 17.1.2018		 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 DI PATOLOGIA CLINICA

Responsabile Dr. Enrico Cristallini



Anno 2018

PIANO DEGLI OBIETTIVI
F. OBIETTIVI F2 TRASPARENZA

OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO	RANGE		PESO
					MIN	MAX	
Piani Attivativi	F2.D8.1	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	100% delle pubblicazioni previste in maniera tempestiva			2
	F2.D8.2	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			3
PESO OBIETTIVI GI							5

Sede e Data negoziazione
Foligno 17.1.2018


Firma Responsabile
Timbro e Firma Direzione




BUDGET 2018

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

 USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA				
		DIREZIONE AZIENDALE				
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE				
		DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGNI				
		Responsabile Dr. Gianfranco Pelliccia				
		Anno 2018				
		PIANO DEGLI OBIETTIVI				
		B. OBIETTIVI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DEI DATI E DEI FLUSSI INFORMATIVI				
	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE MIN. MAX.	PESO
Flussi Informativi	B3.D9.1a 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%	5
	B3.D9.1b	Corretta alimentazione dei sistemi gestionali di pertinenza nel rispetto delle indicazioni formative/informative, anche ai fini della produzione della reportistica specifica su format definito per tutte le strutture del Dipartimento	Trasmissione, tracciato record delle prestazioni per interni nel rispetto delle regole condivise con il Controllo di Gestione	100%	= > 98 100%	5
				PESO OBIETTIVI FLUSSI INFORMATIVI		
				10		




 USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE						
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
		DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGNI						
		Responsabile Dr. Gianfranco Pelliccia						
		Anno 2018						
		PIANO DEGLI OBIETTIVI						
		C. OBIETTIVI DI TIPO ORGANIZZATIVO						
		OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NECESSARIO	RANGE MIN	RANGE MAX	PESO
Organizzazione	C.4.D9.1a	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%			5
	C.4.D9.1a	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 diagnostica per immagini di alta tecnologia al fine di eseguire l'esame più appropriato (Dlgs 187/2000 art. 5)	N. valutazioni effettuate/ n. richieste inviate come presa in carico	100%			5
	C.4.D9.1b		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			5
	C.4.D9.2	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 diagnostica per immagini, tele-radiologia, teleconsulto, radiologia interventistica	100%	98%	100%	5
		PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI						
		20						





USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA			
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE			
		DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI			
		Responsabile Dr. Gianfranco Pelliccia			
		Anno 2018			
		PIANO DEGLI OBIETTIVI			
		Dr. OBIETTIVI DI ATTIVITA'			
OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE MESOZIARIO		PESO
			MIN	MAX	
D2.D9.1	Contrastare le patologie rilevanti attraverso la qualificazione e il consolidamento dei programmi di screening oncologici su tutto il territorio aziendale	N. Esami effettuati/N. pazienti che aderiscono al programma di screening	90-95%		3
D2.D9.2	Miglioramento degli iter di presa in carico dei percorsi per gli screening oncologici	Rispetto tempo di attesa per indagini mammografiche di II livello	80% entro 30 gg 95% entro 45 gg		3
D4.D9.1a	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	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	168.729	168.729	3
D4.D9.1b		Rispetto dei volumi di attività offerti in ALPI nella struttura	6.528	6.528	3
D4.D9.1c		Percentuale di prestazioni prenotate sul totale delle prestazioni erogate al netto delle prestazioni per cui è prevista l'accettazione	85%	80%	3
D4.D9.1d		% 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%	5
D4.D9.1e	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 indotta al MMG	N. esami di diagnostica per immagini prescritti dal MMG come suggeriti	< 5%	< 7%	2
D4.D9.2	Assicurare un'adeguata offerta di prestazioni diagnostiche per pazienti ricoverati	Rispetto dei volumi di prestazioni per interni	119.224	118.840	3
D4.D9.2a	Rispetto delle tempistiche per esecuzione esami per interni (<...gg per struttura) 2 gg lavorativi per esami RX richiesti non urgenti	Tempo medio di attesa	2 gg	3 gg	3



Attività

USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA	
		DIREZIONE AZIENDALE	
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE	
		DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGNI	
		Responsabile Dr. Gianfranco Pelliccia	
		Anno 2018	
		PIANO DEGLI OBIETTIVI	
D4.D9.3b	Rispetto delle tempistiche per esecuzione esami per interni (<...gg per struttura) 3 gg. lavorativi per la TAC richiesti non urgenti	Tempo medio di attesa	3 gg
D4.D9.3c	Rispetto delle tempistiche per esecuzione esami per interni (<...gg per struttura) 3 gg. lavorativi per la RMN richiesti non urgenti	Tempo medio di attesa	3 gg
D4.D9.3d	Rispetto delle tempistiche per esecuzione esami per interni (<...gg per struttura) 2 gg. lavorativi per ecografie richieste non urgenti	Tempo medio di attesa	2 gg
D4.D9.3e	Rispetto delle tempistiche per esecuzione esami per interni (<...gg per struttura) 3 gg. lavorativi per angiografia	Tempo medio di attesa	3 gg
D4.D9.3f	Rispetto dei tempi di referenziazione	% esami diagnostica per immagini per interni referenziati entro 1 gg da esecuzione	85%
D4.D9.4	Riduzione prestazioni di Diagnostica a rischio di inappropriatazza	C'13 a 2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo-scheletriche per 1.000 residenti (≥ 65 anni)	<20
Raggiungimento degli obiettivi (Patto per la Salute, MeS, indicazioni regionali, strategia aziendale) per promuovere l'Appropriatezza prescrittiva diagnostica			
		PESO OBIETTIVI DI ATTIVITA'	
		45	


 USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA				
		DIREZIONE AZIENDALE				
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE				
		DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGNI				
		Responsabile Dr. Gianfranco Pelliccia				
		Anno 2018				
		PIANO DEGLI OBIETTIVI				
		B. OBIETTIVI PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE, QUALITA', APPROPRIATEZZA 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 DIAGNOSTICA PER IMMAGNI						
Responsabile <i>Dr. Gianfranco Polliccia</i>						
Anno 2018						
PIANO DEGLI OBIETTIVI						
F. OBIETTIVI PER LA REALIZZAZIONE DEI PRINCIPALI STRATEGICI AZIENDALI						
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE MINMAX	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 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 Trasparenza e sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%		5
PESO OBIETTIVI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI						10
PESO TOTALE						100





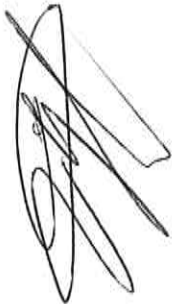
 USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA	
		DIREZIONE AZIENDALE	
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE	
DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGNI			
Responsabile Dr. Gianfranco Polliccia			
Anno 2018			
PIANO DEGLI OBIETTIVI			
NOTA A	<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 individuati.</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	
Foligno 17.1.2018			




 USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA				
DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGNI						
Responsabile Dr. Gianfranco Pelliccia						
Anno 2018						
PIANO DEGLI OBIETTIVI						
B. OBIETTIVI DI QUALITA' E AGGREDITAMENTO						
Qualità	Obiettivi	Azioni	Indicatori	Valore Negoziale	Range Min Max	Peso
EL.D9.1 A. Sicurezza	Completamento percorso SQG per accreditamento per SC Radiologia Orvieto	Completamento del SQG definito	redazione delle procedure previste	100%		3
EL.D9.2	Mantenimento del SQG nelle strutture accreditate e certificate	applicazione del SQG definito	Superamento della verifica	100%		2
PESO OBIETTIVI EI						5
Sede e Data negoziazione Firma Responsabile						
Folligno 17.1.2018 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 DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI							
Responsabile Dr. Gianfranco Pelliccia							
Anno 2018							
PIANO DEGLI OBIETTIVI							
S. OBIETTIVI E2 RISCHIO CLINICO							
Qualità e Sicurezza	E.1.D9.1	Consolidamento del sistema locale di incident reporting: sensibilizzazione alla segnalazione degli eventi avversi e degli eventi evitati, superamento delle barriere alla segnalazione	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO	RANGE MIN MAX	PESO
		Applicazione della PG Gestione degli eventi avversi ed incident reporting nelle strutture afferenti		N° schede Segnalazione di eventi avversi o quasi eventi compiute e trasmesse al servizio GRC /anno	Entro dicembre 2018		5
PESO OBIETTIVI E2 5							
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile					
Folligno 17.1.2018		 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 DI DIAGNOSTICA PER IMMAGNI							
Responsabile Dr. Gianfranco Pelliccia							
Anno 2018							
PIANO DEGLI OBIETTIVI							
B. OBIETTIVI ES. PARAMETRIZZATI							
Qualità Appropriatezza e Sicurezza delle Cure	E3.D9.1 E3.D9.2	Promuovere l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica finalizzata alla sicurezza delle cure e all'efficiente utilizzo delle risorse	Rispetto tetto di budget Partecipazione incontri con il DAF per un'analisi mirata dei beni sanitari consumati al fine di promuovere l'appropriatezza prescrittiva con analisi dei dati di spesa e di prescrizione	Valore economico Numero di incontri/anno con redazione verbale da inviare alla Direzione Sanitaria: - il primo entro il primo semestre	VALORE NEGOTIATO	RANGE MIN MAX	PESO
					1.503.179,03	1.549.669,10 1.503.179,03	3
					almeno 2 incontri anno		2
					PESO OBIETTIVI E3		
					5		
Sede e Data negoziazione Firma Responsabile							
Foligno 17.1.2018 Timbro e Firma Direzione							



USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA			
UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGNI					
Responsabile Dr. Gianfranco Pelliccia					
Anno 2018					
PIANO DEGLI OBIETTIVI					
P. OBIETTIVI: P1 PREVENZIONE COMUNITARIA (prevenzione nel piano alla Medicina)					
OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO	RANGE MIN MAX	PESO
F1.D9.1 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 entro il 30 novembre di ogni anno per 12 mesi precedenti		2
F1.D9.2 ALPI	<ul style="list-style-type: none">Adottato regolamento per svolgimento LPAdottato tariffario unicoApplicazione rigorosa del regolamentoDecreto costituito da attività sanzionatoria normale e dal controllo assegnato ai dirigentiLe 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		2
F1.D9.3 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 i dovute con relazione entro il 30 novembre di ogni anno		1
				PESO OBIETTIVI FI	5
Sede e Data negoziazione Firma Responsabile					
Folligno 17.1.2018 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 DI DIAGNOSTICA PER IMMAGNI

Responsabile Dr. Gianfranco Pelliccia

Anno 2018

PIANO DEGLI OBIETTIVI

F. OBIETTIVI F2 TRASPARENZA


OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO	RANGE		PESO
				MIN	MAX	
F2.D9.1 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	Pubblicazione sul sito aziendale sezione Amministrazione Trasparenza	100% delle pubblicazioni previste in maniera tempestiva			2
	F2.D9.2 Puntuale adempimento di quanto previsto in merito ad aggiornamento Sito	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

Foligno 17.1.2018


Timbro e Firma Direzione






BUDGET 2018

DIPARTIMENTO PREVENZIONE

 USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE					
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
		DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE					
		Responsabile <i>Dr. Guglielmo Speranzoni</i>					
		Anno 2018					
		<u>PIANO DEGLI OBIETTIVI</u>					
A- OBIETTIVI PER IL MANTENIMENTO DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO							
Contabilità Generale e Analitica	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE MIN MAX		PESO
	A1.D10.1	Governare la gestione delle risorse assegnate come O.d.S. (Ordinatore della spesa)	Tenuta sotto controllo del budget assegnato attraverso il monitoraggio dei costi per fattore produttivo con rendicontazione in sede di verifica della spesa	Rispetto del budget assegnato complessivamente per tutti i fattori produttivi	100%	99,99% 100%	2
	A2.D10.1	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 parcheggio	N. liquidazioni effettuati entro i 60 giorni dall'arrivo della fattura e liquidazioni totali Corrispondenza data entrata fattura con data base salvo variazioni per motivi oggettivi (documentati)	100%		2
	A3.D10.1a	Garantire il corretto utilizzo delle risorse con garanzia della corretta alimentazione della contabilità analitica per quanto di pertinenza	Corretta alimentazione contabilità analitica nel rispetto della procedura aziendale	Congruità nell'emissione degli ordini con la tipologia di ordine	100% (NC = 0)		2
	A3.D10.1b		Corretta alimentazione contabilità analitica nel rispetto della procedura aziendale	Controllo del budget operativo trasmesso con cadenza trimestrale e controllo della fornitura di beni e servizi anche rapportandosi con i DEC	100%		2
				PESO OBIETTIVI EQUILIBRIO ECONOMICO			8



USL

Umbria2

SCHEDA OBIETTIVI

AREA SANITARIA

DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Responsabile Dr. Guglielmo Spennanzoni

Anno 2018

PIANO DEGLI OBIETTIVI


B. OBIETTIVI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DEI DATI E DEI FLUSSI INFORMATIVI

	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
					MIN	MAX	
B1.D10.1a	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	Puntualità, tempestività, pertinenza e corretta registrazione dei dati nel sistema gestionale preposto per alimentare le informazioni sulle attività del Dipartimento di Prevenzione	% di informazioni complete nei tempi previsti nei flussi specifici del DIP	100%	= > 98	100%	2
B1.D10.1b		Rendicontazione periodica e annuale delle attività di pertinenza attraverso la produzione della reportistica specifica su format definito (ISP, Promozione Salute ed Epidemiologia Screening, PSAL, Sanità Animale, IAPZ, IAN, IAOA, Medicina dello Sport)	Trasmisione reportistica richiesta al controllo di gestione su base trimestrale, su format prestabilito, entro 30 giorni dalla chiusura del trimestre	100%	= > 98	100%	2
B3.D10.1c	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 nel 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
B5.D10.1a	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	Trasmisione 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.D10.1b		% congruità dei dati inseriti nei flussi di governo con i dati dei flussi informativi dalle attività sanitarie	100%	= > 98	100%	1	

Flussi Informativi

PESO OBIETTIVI ECONOMICI

9


		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA			
		DIREZIONE AZIENDALE			
UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE					
Responsabile Dr. Guglielmo Speranzoni					
Anno 2018					
PIANO DEGLI OBIETTIVI					

C: OBIETTIVI DI TIPO ORGANIZZATIVO

OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
				MIN	MAX	
Organizzazione	Promuovere la riorganizzazione dei servizi di afferenza del Dipartimento di Prevenzione al fine di garantire uniformità di accesso ai servizi nei diversi ambiti territoriali	Riorganizzazione dell'orario di lavoro in tutti i servizi del Dipartimento	100%			2
	Assegnazione dei Tecnici della Prevenzione ai servizi del Dipartimento	Assegnazione entro il 30.9.2018	100%			2
PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI						4

D: OBIETTIVI DI ATTIVITA'

OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
				MIN	MAX	
Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione per la PREVENZIONE delle MALLATTIE INFETTIVE attraverso azioni specifiche Migliorare i tassi di adesione alla campagna vaccinale, dando attuazione a quanto previsto dal decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73 (convertito in L. 119 del 31/07/2017), al fine di garantire un'adeguata prevenzione delle malattie infettive	Garantire la copertura vaccinale Aderenza ai programmi vaccinali	Tasso copertura vaccinazioni obbligatorie	≥ 95	80%	≥ 95	5
		Tasso copertura vaccinale MPR 1 dose nei bambini	≥ 95	80%	≥ 95	
		Tasso copertura vaccinale MPR 2 dose nei bambini (5-6 anni)	≥ 90	80%	≥ 90	
		Tasso copertura vaccinale per pneumococco	≥ 90	80%	≥ 90	
		Tasso copertura vaccinale per 1 dose HPV	≥ 80	80%	≥ 80	
		Tasso copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani > 65 anni	≥ 75	70%	≥ 75	
Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione per i PIANI DI VIGILANZA attraverso azioni specifiche	Omogeneizzazione sul territorio aziendale della attività di vigilanza Controlli impianti natatori pubblici e/o privati Effettuazione prelievi acqua potabile pubblico acquedotti Rendicontazione monitoraggio potabilità delle acque	Redazione piano di vigilanza annuale e applicazione protocolli operativi con definizione degli standard di attività rispetto dei piani di attività programmati	100% previsti da PRP			
		% controlli effettuati	100% previsti da PRP			
		N prelievi	100% previsti da PRP			
		Relazione	100% previsti da PRP			


USL Umbria 2

**SCHEDA OBIETTIVI
AREA SANITARIA**

DIREZIONE AZIENDALE

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


DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Responsabile Dr. Guglielmo Speranzoni

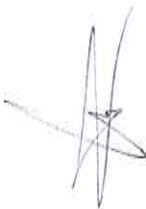
Anno 2018

PIANO DEGLI OBIETTIVI


|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA	
		DIREZIONE AZIENDALE	
		UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE	
		DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	
		Responsabile <i>Dr. Guglielmo Speranzoni</i>	
		Anno 2018	
<u>PIANO DEGLI OBIETTIVI</u>			

D1.D10.D1c	Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione per la promozione della salute e sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro ATTIVITA' DI VIGILANZA NEI LUOGHI DI LAVORO	Attività di verifica e ispezione attrezzature e impianti	N° di cartelle ispezionate per amianto	100% previsti da PRP		
D1.D10.D1d			N° controlli su soggetti abilitati	100% previsti da PRP		
D1.D10.D1e			N° verifiche periodiche impianti riscaldamento	100% previsti da PRP		
D1.D10.D1f			N° verifiche periodiche serbatoi a pressione	100% previsti da PRP		




USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA			
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE			
		DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE			
		Responsabile Dr. Guglielmo Speranzoni			
		Anno 2018			
		PIANO DEGLI OBIETTIVI			
		Progetti PRP	N° aziende sottoposte a monitoraggio agenti cancerogeni	100% previsti da PRP	5
D1.D10.D2a	Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione per la promozione salute e sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro ATTIVITA' DI IGIENE INDUSTRIALE		N° aziende/cantieri controllati con indagini di igiene industriale	100% previsti da Programmazione PSAL	
D1.D10.D2b					
D1.D10.D2b			N° aziende sottoposte a controllo per REACH/CLP	100% previsti da PRP	
D1.D10.D3a	Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione per la promozione salute e sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro PREVENZIONE INFORTUNI E MALATTIE PROFESSIONALI	Attività di indagine su infortuni sul lavoro e malattie professionali	N° inchieste infortuni concluse	100% previsti da PRP	
D1.D10.D3b			N° inchieste malattie professionali concluse	100% previsti da PRP	
D1.D10.D3c	Definire e mettere in atto le procedure per i principali processi svolti all'interno dei Servizi PSAL	Attuare le procedure già approvate	Verifica applicazione procedure approvate	100% previsti da PRP	
D1.D10.E1a	Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione per la Promozione della sicurezza alimentare Attivazione piani di sanità pubblica veterinaria per il controllo delle malattie	Effettuazione controlli nei confronti della brucellosi, leucosi	N. allevamenti bovini oggetto di profilassi per BRC e LEB / N. Allevamenti testati	50,00%	
D1.D10.E1b		Effettuazione controlli nei confronti della tbc dei bovini e bufalini	N. allevamenti bovini oggetto di profilassi per TBC/N. Allevamenti testati	25,00%	
D1.D10.E1c		Effettuazione controlli nei confronti della brucellosi degli ovini	N. allevamenti ovini oggetto di profilassi per BRC / N. Allevamenti testati	25%	
D1.D10.E2a			N. allevamento bovini oggetto di ispezioni per il sistema I & R / N. allevamenti controllati	3%	
D1.D10.E2b			N. allevamenti ovini oggetto di ispezioni per il sistema I & R / N. allevamenti controllati	3%	
D1.D10.E2c	Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione per la Promozione della sicurezza alimentare Attivazione piani di sanità pubblica veterinaria per il controllo allevamenti	Effettuazione controlli anagrafici	N. allevamenti suinicoli oggetto di ispezioni per il sistema I & R / N. allevamenti controllati	1%	
D1.D10.E2d			N. allevamenti di equidi oggetto di ispezioni per il sistema I & R / N. allevamenti controllati	3%	
D1.D10.E2e		Effettuazione controlli allevamenti per Salmonella	N. allevamenti avicoli inseriti nei piani Salmonella / N. allevamenti testati secondo la specifica normativa	100%	
D1.D10.E3a	Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione interventi PET	Effettuazione interventi per	N. cani non identificati ed immessi nei canili / N. cani sterilizzati dopo 60 giorni dalla cattura	98%	

 USLumbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA	
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE	
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE <i>Responsabile Dr. Guglielmo Speranzoni</i>			
Anno 2018			
PIANO DEGLI OBIETTIVI			

DI.D10.F1a	Sovveglianza e controllo delle aziende	N. aziende controllate/N aziende sul territorio in base alla categorizzazione del rischio	98%			5
DI.D10.F1b		n verifiche prescrizioni effettuate/n prescrizioni effettuate	90%			
DI.D10.F1c		Numero strut. san. controllate per legionellosi/ Num. Strut. Presenti	100%			
DI.D10.F1d		Tempo di definizione dei pareri di competenza	10gg			
DI.D10.F1e		N. campioni alimentari e bevande effettuati/ N campioni previsti dai programmi regionali e nazionali di campionamento	100,00%			
DI.D10.F1f	Sovveglianza piano campioni alimentari e bevande	N. visite mense collettive/N mense collettive autorizzate presenti sul territorio	20%			5
DI.D10.F1g		N. menù validati e/o redatti/N richieste pervenute	100,00%			
DI.D10.G1a		Definire piani di controllo e vigilanza aziendali sulla base della categorizzazione del rischio nelle aziende REGISTRATE alimentare	90 - 100%			
DI.D10.G1b		Definire piani di controllo e vigilanza aziendali sulla base della categorizzazione del rischio negli IMPIANTI DI MACELLAZIONE	100%			
DI.D10.G1c		Definire piani di controllo e vigilanza aziendali sulla base della categorizzazione del rischio negli stabilimenti RICONOSCIUTI di lavorazione degli alimenti di origine animale	100%			
DI.D10.G2a	Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione (azioni di vigilanza- prelievo matrici) Aderenza PNR	Ispezioni e prelievi di matrici alimentari ministeriali (Piano Nazionale Residui) - Piani regionali quando applicabili. MACRO-AREA SICUREZZA ALIMENTARE. INN - IAOA	100%			5
DI.D10.G2a	Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione (azioni di vigilanza- prelievo matrici) Aderenza PRIC	Ispezioni e prelievi di matrici alimentari piani regionali (PRIC) quando applicabili. MACRO-AREA SICUREZZA. INN - IAOA	100%			





SCHEDA OBIETTIVI
AREA SANITARIA

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

DIREZIONE AZIENDALE

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Responsabile *Dr. Guglielmo Speranzoni*


Anno 2018

PIANO DEGLI OBIETTIVI

D1.D10.H1a	Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione (azioni vigilanza allevamenti) Aderenza al PRIC	Sopralluoghi caseifici registrati	Numero sopralluoghi	27		
D1.D10.H1b		Sopralluoghi caseifici riconosciuti	Numero sopralluoghi	51		
D1.D10.H1c		Sopralluoghi gelaterie	% Controlli	20		
D1.D10.H2a	Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione (azioni vigilanza allevamenti) Aderenza al PNR	Attività per il Piano nazionale alimentazione animale	N° attività sopralluoghi e/o vigilanza	100% previsti da PRP		5
D1.D10.H2b		Attività per il Piano nazionale residui pnr	N° attività sopralluoghi e/o vigilanza	100% previsti da PRP		
D1.D10.H2c		Attività per il Piano farmacosorveglianza	N° attività sopralluoghi e/o vigilanza	100% previsti da PRP		




USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA			
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE			
		DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE			
		Responsabile Dr. Guglielmo Speranzoni			
		Anno 2018			
		PIANO DEGLI OBIETTIVI			
D1.D10.H3a	Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione (azioni vigilanza allevamenti) Aderenza al PNE	Attività per il Piano nazionale benessere animale	N° attività e controlli	100% previsti da PRP	
D1.D10.H3b		Attività per il Piano nazionale riproduzione animale	N° attività e controlli	100% previsti da PRP	
D1.D10.H3c		Attività per il Controllo sottoprodotti di origine animali	N° attività e controlli	100% previsti da PRP	
D4.D10.1a		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	6.095	6.095
D4.D10.1b	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		Rispetto dei volumi di attività offerti in ALPI nella struttura	1.008	1.008
D4.D10.1c		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%
D4.D10.1d		Promuovere un'attività motoria salubre attraverso l'accertamento della idoneità all'attività sportiva	N° di visite di idoneità sportiva effettuate	2.000	2.000
D4.D10.1e		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%	100%
PESO OBIETTIVI DI ATTIVITA'				45	

 USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA			
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE			
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE					
<i>Responsabile Dr. Guglielmo Speranzoni</i>					
Anno 2018					
PIANO DEGLI OBIETTIVI					

E: OBIETTIVI PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE, QUALITA' APPROPRIATEZZA E SICUREZZA DELLE CURE

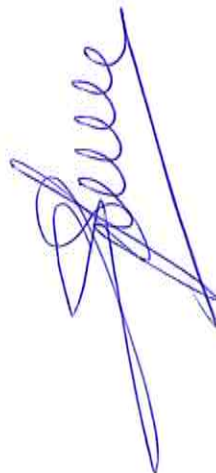
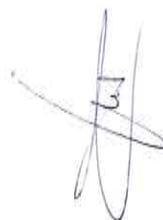
	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
					MIN	MAX	
E1	Promuovere la gestione di qualità delle attività delle strutture e dei servizi attraverso il conseguimento dell'accreditamento della certificazione o l'avvio delle procedure per il SGQ per assicurare gli standard e i livelli di conformità previsti dalle norme di Accreditazione Istituzionale e dalle norme ISO	Sirutturazione 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.	Sirutturazione 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	Sirutturazione 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%	2
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	Sirutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Promozione della Salute e sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	95%	100%	4
Qualità, Appropriatezza e Sicurezza delle Cure				PESO OBIETTIVI QUALITA', APPROPRIATEZZA, SICUREZZA DELLE CURE			14







		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA	
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE	
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE			
Responsabile <i>Dr. Guglielmo Speranzoni</i>			
Anno 2018			
PIANO DEGLI OBIETTIVI			


F. OBIETTIVI PER LA REALIZZAZIONE DEI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI

	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
					MIN	MAX	
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	Obiettivi conseguibili/obiettivi previsti	100%			12
	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%			8
PESO OBIETTIVI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI							20
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 PREVENZIONE			
Responsabile <i>Dr. Guglielmo Spennanzi</i>			
Anno 2018			
<u>PIANO DEGLI OBIETTIVI</u>			
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 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 ritenuto.		
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile	
Termi 1.2.2018		 	
		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 PREVENZIONE						
Responsabile <i>Dr. Guglielmo Speranzoni</i>						
Anno 2018						
PIANO DEGLI OBIETTIVI						
E: OBIETTIVI E1 QUALITA' E ACCREDITAMENTO						
OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
				MIN	MAX	
E1.D10.1 Completamento dello sviluppo del SGQ dei servizi vaccinali sulla base delle linee guida regionali in collaborazione con Distretti	Completamento del SGQ definito	Redazione delle procedure previste	100%			2
E1.D10.2 Assicurare l'attività di controllo ufficiale nei settori specifici	Esecuzione Audit richiesti	N° Audit effettuati /n.. Audit richiesti	80%			2
PESO OBIETTIVI FI						4
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile				
Termini 1.2.2018		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 PREVENZIONE						
Responsabile Dr. Guglielmo Speranzoni						
Anno 2018						
PIANO DEGLI OBIETTIVI						
E: OBIETTIVI E2 RISCHIO CLINICO						
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE MINMAX	PESO
E2.D10.1	Consolidamento del sistema locale di incident reporting: sensibilizzazione alla segnalazione degli eventi avversi e degli eventi evitati, superamento delle barriere alla segnalazione	Riunione sull'argomento incident reporting con screening oncologico, medicina dello sport	Riunione documentata (verbale + foglio firma) sul tema	Entro aprile 2018		2
E2.D10.2		Applicazione della PG Gestione degli eventi avversi ed incident reporting nelle strutture afferenti	N° schede Segnalazione di eventi avversi o quasi eventi compilate e trasmesse al servizio GRC l'anno	Entro dicembre 2018		2
		PESO OBIETTIVI E2				4
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile				
Terni 1.2.2018		Timbro e Firma Direzione				



DIREZIONE AZIENDALE
UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Responsabile Dr. Guglielmo Speranzoni

Anno 2018



PIANO DEGLI OBIETTIVI


E: OBIETTIVI E3 FARMACEUTICA

[illegible]

Sede e Data negoziazione	Firma Responsabile

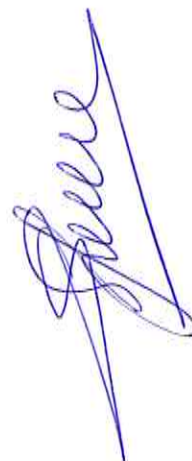
Terni 1.2.2018	Timbro e Firma Direzione
----------------	--------------------------


 USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE							
Responsabile <i>Dr. Guglielmo Speranzoni</i>							
Anno 2018							
PIANO DEGLI OBIETTIVI							
E: OBIETTIVI E4 PROMOZIONE SALUTE							
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE MINMAX		PESO
E4.D10.1	Realizzazione obiettivi di sorv e promozione della salute	Previste dal PRP	Quelli del Piano	70%	60.00%	90%	1
E4.D10.2	Attività come da delibera costituzione SSD sorv e prom salute ed Epidemiologia	Attività del PRP	Quelli del Piano	80%	70.00%	90%	1
E4.D10.3	Igiene degli Alimenti e della Nutrizione - la mensa come strumento di ed. alimentare e contenimento degli sprechi	Attività previste dal PRP	Quelli del Piano	80%	70.00%	90%	1
E4.D10.4	Sanità Animale - Canili aperti per promuovere la salute	Attività previste dal PRP	Quelli del Piano	80%	70.00%	90%	1
Qualità, Appropriata e Sicurezza delle Cure					PESO OBIETTIVI E4		4
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile					
Terni 1.2.2018		 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 PREVENZIONE
	Responsabile <i>Dr. Guglielmo Spennanzoni</i>
	Anno 2018

PIANO DEGLI OBIETTIVI

F. OBIETTIVI F2 TRASPARENZA						
OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RANGE		PESO
			NEGOZIATO	MIN	MAX	
F2.D10.1 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 tempestiva			1
F2.D10.2 Tipologie di procedimento	<p>Per ciascuna tipologia di procedimento:</p> <ol style="list-style-type: none">1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli9) link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale <p>Per i procedimenti ad istanza di parte:</p> <ol style="list-style-type: none">1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Pubblicazione sul sito aziendale sezione Amministrazione Trasparente	100% delle pubblicazioni previste in maniera tempestiva			1





	SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA
	DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE
	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
	<i>Responsabile Dr. Guglielmo Spernanzoni</i>
	Anno 2018

Piani Attivativi				
F2.D10.3	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni precedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Publicazione sul sito aziendale sezione Amministrazione Trasparente	Tempestivo
F2.D10.4	Interventi straordinari e di emergenza	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Publicazione sul sito aziendale sezione Amministrazione Trasparente	100% delle pubblicazioni previste in maniera tempestiva
F2.D10.5	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"), accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Publicazione sul sito aziendale sezione Amministrazione Trasparente	100% delle pubblicazioni previste su base semestrale
F2.D10.6	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"), accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Publicazione sul sito aziendale sezione Amministrazione Trasparente	100% delle pubblicazioni previste su base semestrale
F2.D10.7	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi 2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente 3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse 4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse 5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale 6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio.	Publicazione sul sito aziendale sezione Amministrazione Trasparente	100% delle pubblicazioni previste in maniera tempestiva

~~17~~

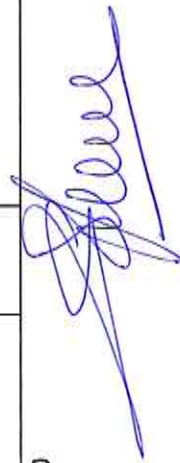
2

 USLumbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA				
DIREZIONE AZIENDALE						
UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE						
Responsabile <i>Dr. Guglielmo Speranzoni</i>						
Anno 2018						
<u>PIANO DEGLI OBIETTIVI</u>						
F2.D10.8	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		1
PESO OBIETTIVI G2						8
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile				
Terni 1.2.2018		Timbro e Firma Direzione				

Guglielmo Speranzoni

03167711/1 FA

Area Organizzativa coinvolta: Dipartimento di Prevenzione Sanità Animale Area A (M3) Dr. Roberto Giannelli						
Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
1. Ispezione Aziende zootecniche	- Falsa attestazione - Omissione erogazione sanzione	<ul style="list-style-type: none"> Sopralluogo con almeno due operatori Rotazione sulla struttura Rotazione fra le coppie Rotazione sul territorio in base a programmazione audit annuale su strutture a più alto rischio Utilizzo Ceck list ministeriali Sottoscrizione dichiarazione di assenza di conflitto di interesse Inserimento del 20% dei sopralluoghi che non hanno originato prescrizione nel piano dei controlli dell'anno successivo con operatori diversi 	ALTO	Ispezioni che non hanno dato luogo a prescrizioni	Verifica delle ispezioni con prescrizione rispetto alla precedente verifica	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
2. Controllo bovini "Tubercolosi"	Falsa certificazione (Mod 2/33)	<ul style="list-style-type: none"> Rotazione sulla struttura Sottoscrizione dichiarazione di assenza di conflitto di interesse 	MEDIO	Esiti positivi su negativi sullo stesso allevamento	Numero di capi positivi sullo stesso allevamento	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
3. Prelievi ematici bovini/ovini per brucellosi	Falsa certificazione (Mod 2/33)	<ul style="list-style-type: none"> Rotazione sulla struttura Sottoscrizione dichiarazione di assenza di conflitto di interesse 	MEDIO	Esiti positivi su negativi sullo stesso allevamento	Numero di capi positivi sullo stesso allevamento	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
4. prelievi biologici/test diagnostici ed altri atti rilasciati da Sanità Animale	- Alterazione campione - Alterazione certificato compravendite nelle	<ul style="list-style-type: none"> Rotazione sulla struttura Sottoscrizione dichiarazione di assenza di conflitto di interesse 	ALTO	100% rotazione sui venditori	Relazione sulla rotazione	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
5. Rilascio atti anagrafe equina (test Coggins)	Falsa certificazione (Mod 2/33)	<ul style="list-style-type: none"> Rotazione sulla struttura Sottoscrizione dichiarazione di assenza di conflitto di interesse 	BASSO	Esiti positivi su negativi sullo stesso allevamento	Numero di capi positivi sullo stesso allevamento	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

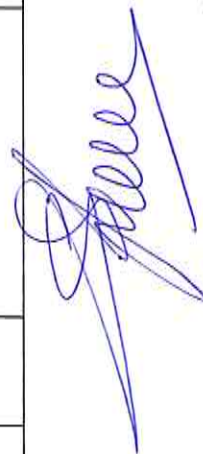



Area Organizzativa coinvolta: Dipartimento di Prevenzione Sanità Animale Area A (M3)
Dr. Roberto Giannelli

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
6.	Sterilizzazioni chirurgiche (cani e gatti)	Sterilizzazione di animali non randagi	Coinvolgimento dei comuni ed associazioni animaliste (che effettuano le richieste)	BASSO	Interventi eseguiti in numero superiore alle richieste	Controllo incrociato tra schede di richiesta sterilizzazioni e numero di quelle eseguite	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
7.	Cattura cani	- Restituzione cani non randagi ai proprietari - Omissione erogazione sanzione - Omissione riscossione diritti di cattura	Redazione giornaliera delle attività	ALTO	Numero cani randagi + numero cani padronali > o = numero segnalazioni	Monitoraggio posizioni anomale	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
8.	Controlli morsiatori	Basso rischio potenziale emerso	Coinvolgimento di altri enti servizi (pronto soccorso, polizia di stato, Igiene Pubblica...)	BASSO	Interventi di controllo uguali alle comunicazioni del Servizio Igiene Pubblica	Numero di controlli inferiori rispetto a quelli comunicati dal servizio Igiene Pubblica	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
9.	Rilascio passaporti animali da compagnia	Basso rischio potenziale emerso	Registro dei passaporti rilasciati	BASSO	Rispondenza tra passaporti rilasciati e quelli annotati sul registro	Numero dei passaporti rilasciati e numero degli importi pagati per gli stessi	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
10.	Corresponsione indennità spettante per l'abbattimento di capi di bestiame infetti	Erogazione non dovuta	Coinvolgimento di altri Enti, Servizi (Regione, Comuni, servizio vet. I.A.O.A.)	BASSO	Numero di capi indennizzati diverso da quello degli abbattuti	Numero di focolai di malattie infettive degli animali che prevedono l'abbattimento	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti



Area Organizzativa coinvolta: Dipartimento di Prevenzione SPSAL (M4) Dr. Giancarlo Marchionna						
	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
1.	Attività di vigilanza	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> Sopralluogo con almeno due operatori (va comunque garantito l'intervento immediato anche con un solo operatore in caso di reperibilità o in orario di servizio) Rotazione fra le coppie Dichiarazione di non coinvolgimento (da sottoscrivere con riferimento alle situazioni di incompatibilità con obbligo di astensione di cui all'art. 7 DPR 62/13 da dettagliare entro il 31.03.16) Effettuazione incontri periodici di servizio e di gruppi di lavoro Adozione percorsi proceduralizzati, anche a livello regionale, che prevedano la verifica da parte del responsabile di Servizio (Qualità ed accreditamento) Interlocuzione con i diversi soggetti della prevenzione aziendale (RLS) Verifica omogeneità % di sanzioni su ispezioni 	BASSO	Percentuale n° Sopralluoghi in due rispetto al totale	80%
					Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti	
2.	Attività di Igiene industriale	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> Sopralluogo con almeno due operatori Rotazione fra le coppie Dichiarazione di non coinvolgimento (da sottoscrivere con riferimento alle situazioni di incompatibilità con obbligo di astensione di cui all'art. 7 DPR 62/13 da dettagliare entro il 31.03.16) Effettuazione incontri periodici di servizio e di gruppi di lavoro Adozione percorsi proceduralizzati a livello regionale (Qualità ed accreditamento) Interlocuzione con i diversi soggetti della prevenzione aziendale (RLS) 	BASSO	Percentuale Verbali vistati dal Responsabile di servizio o delegato	100%
					Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti	
					Percentuale n° Sopralluoghi in due rispetto al totale	80%
					Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti	



Area Organizzativa coinvolta: Dipartimento di Prevenzione SPSAL (M4)

Dr. Giancarlo Marchionna

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
3.	Pareri preventivi nuovi insediamenti produttivi NIP	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> Parere congiunto con altri servizi del DIP (ISP) Rotazione degli operatori Dichiarazione di non coinvolgimento (da sottoscrivere con riferimento alle situazioni di incompatibilità con obbligo di astensione di cui all'art. 7 DPR 62/13 da dettagliare entro il 31.03.16) Controllo del Responsabile del servizio 	BASSO	Rispetto della rotazione	100 %	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
4.	Inchieste su infortuni d'iniziativa e su delega AG	Falsa/omessa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> Inchiesta effettuata da almeno due operatori Rotazione fra le coppie Dichiarazione di non coinvolgimento (da sottoscrivere con riferimento alle situazioni di incompatibilità con obbligo di astensione di cui all'art. 7 DPR 62/13 da dettagliare entro il 31.03.16) Confronto continuo durante lo svolgimento delle indagini con il responsabile e tra gli operatori Adozione percorsi proceduralizzati, anche a livello regionale, che prevedano la verifica da parte del responsabile di Servizio (Qualità ed accreditamento) 	BASSO	Percentuale n° inchiesta in due rispetto al totale	80%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
5.					Percentuale Verbali visti dal Responsabile di servizio o delegato	100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
6.	Inchiesta su malattie professionali d'iniziativa o su delega AG	Falsa/omessa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> Rotazione degli operatori sulle aziende tuttora esistenti oggetto di indagine, in caso di più indagini sulla stessa azienda nell'arco di due anni. Dichiarazione di non coinvolgimento (da sottoscrivere con riferimento alle situazioni di incompatibilità con obbligo di astensione di cui all'art. 7 DPR 62/13 da dettagliare entro il 31.03.16) Confronto continuo durante lo svolgimento delle indagini con il responsabile e tra gli operatori 	BASSO	Percentuale n° inchieste sulla stessa azienda nell'arco di due anni effettuate da operatori diversi	80%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 24 mesi precedenti
7.	Esame Riscorsi ex art. 41 D.Lgs. 81/08	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> Esame ricorso in ambito collegiale (almeno 2 operatori) Dichiarazione di non coinvolgimento (da sottoscrivere con riferimento alle situazioni di incompatibilità con obbligo di astensione di cui all'art. 7 DPR 62/13 da dettagliare entro il 31.03.16) 	BASSO	N° ricorsi esaminati in collegiale	100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti



Area Organizzativa coinvolta: Dipartimento di Prevenzione Igiene degli alimenti di origine animale Area B

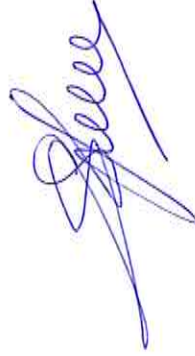
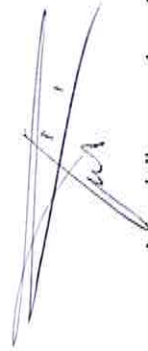
(M5)

Dr. Danilo Serva

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
1.	Ispezioni Veterinarie impianti di macellazione	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> Supervisione da parte dei responsabili territoriali Rispetto normativa regionale per la verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali Audit sull'azienda effettuati da Team leader e Auditor Turnazione/Rotazione sulla struttura Compilazione check list 	BASSO	N° supervisioni/N° ispezioni Coerenza evidenze on site/Coerenza controlli effettuati N° audit/N° aziende N° Turnazioni/Struttura Compilazione check list	Almeno 2% 100% 100% 100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
2.	Controllo stabilimenti alimentari Origine Animale	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> Supervisione da parte dei responsabili territoriali Rispetto normativa regionale per la verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali Audit sull'azienda effettuati da Team leader e Auditor Turnazione/Rotazione sulla struttura Compilazione check list 	BASSO	N° supervisioni/N° ispezioni Coerenza evidenze on site/Coerenza controlli effettuati N° audit/N° aziende N° Turnazioni/Struttura Compilazione check list	Almeno 2% 100% 100% 100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti



Area Organizzativa coinvolta: Dipartimento di Prevenzione Igiene degli alimenti di origine animale Area B (M5) Dr. Danilo Serva						
	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione
3.	Interventi imprese registrate alimenti O.A.	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> Supervisione da parte dei responsabili territoriali Rispetto normativa regionale per la verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali Sopralluogo con almeno due operatori Compilazione check list 	BASSO	N° supervisioni/N° ispezioni	Almeno 2%
					Coerenza evidenze on site/Coerenza controlli effettuati	100%
					N° sopralluoghi con almeno due	
					operatori/N° sopralluoghi Compilazione check list	100%
						Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
						Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
						Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
						Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

Area Organizzativa coinvolta: Dipartimento Prevenzione IAN (M6)

Dr. Bruno Minni

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
1.	Campionamento acque pubbliche	Nessun potenziale rilevato	Nessuna	BASSO	Nessuno	Nessuno	Nessuno
2.	Rilascio certificati di commestibilità specie fungine rilasciate nell'interesse dei privati	Nessun rischio potenziale rilevato	Nessuna	BASSO	Nessuno	Nessuno	Nessuno
3.	Controllo Attività di produzione	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisione a campione da parte di appositi gruppi di controllo che si alternano sul territorio • Rispetto normativa regionale per la verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali • Sopralluogo con almeno due operatori • Compilazione check list • sottoscrizione assenza conflitto interesse 	BASSO	N° supervisioni/N°ispezioni	Almeno 2%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
					Coerenza evidenze on site/Coerenza controlli effettuati	100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
					N° sopralluoghi con almeno due operatori/N° sopralluoghi	100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
4.	Controllo Attività di trasformazione	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisione a campione da parte di appositi gruppi di controllo che si alternano sul territorio • Rispetto normativa regionale per la verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali • Sopralluogo con almeno due operatori • Compilazione check list • Sottoscrizione assenza conflitto interesse 	BASSO	Compilazione check list	100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
					N° supervisioni/N°ispezioni	Almeno 2%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
					Coerenza evidenze on site/Coerenza controlli effettuati	100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
					N° sopralluoghi con almeno due operatori/N° sopralluoghi	100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

Area Organizzativa coinvolta: Dipartimento Prevenzione IAN (M6)

Dr. Bruno Minni

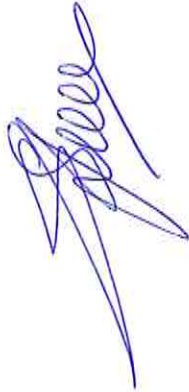
	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
					Compilazione check list	100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
					N° supervisioni/N°ispezioni Coerenza evidenze on	Almeno 2%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
					site/Coerenza controlli effettuati	100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
5.	Attività di commercializzazione	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> Supervisione a campione da parte di appositi gruppi di controllo che si alternano sul territorio Rispetto normativa regionale per la verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali Sopralluogo con almeno due operatori Compilazione check list Sottoscrizione assenza conflitto interesse 	BASSO	N° sopralluoghi con almeno due operatori/N° sopralluoghi Compilazione check list	100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
					N° supervisioni/N°ispezioni	Almeno 2%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
					Coerenza evidenze on site/Coerenza controlli effettuati	100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
					N° sopralluoghi con almeno due operatori/N° sopralluoghi	100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
6.	Sanzioni amministrative	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> Controlli con almeno due operatori Rotazione sulla struttura Rotazione fra le coppie Compilazione check list Supervisione a campione da parte di appositi gruppi di verifica controlli ufficiali che si alternano sul territorio Sottoscrizione dichiarazione assenza conflitto di interessi 	MEDIO	Compilazione check list	100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti



Area Organizzativa coinvolta: Dipartimento Prevenzione IAN (M6)

Dr. Bruno Minni

	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
7.	Gestione Allerta sanitari	Favorire un commerciante ritardando il ritiro merce	Normativa stringente (24 ore)	BASSO	Audit	Relazione sui risultati degli audit	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
8.	Gestione certificazione, provvedimenti e valutazione scritti difensivi	Favorire un privato	Commissione che giudica	BASSO	Audit	Relazione sui risultati degli audit	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
9.	Sorveglianza nutrizionale	Nessun rischio potenziale rilevato	Nessuna	BASSO	Nessuno	Nessuno	Nessuno
10.	Consulenze e controllo sul capitolato di appalto/fornitura nella ristorazione collettivo-assistenziale	Nessun rischio potenziale rilevato	Nessuna	BASSO	Nessuno	Nessuno	Nessuno

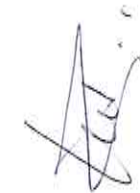



Area Organizzativa coinvolta: Dipartimento di Prevenzione Igiene e sanità pubblica (M7) Dr. Franco Santocchia – D.ssa Luisa Valsenti							
	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
1.	Sopralluogo ambienti di vita per Problemi Sanitari generalmente su esposti	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none">Sopralluogo con almeno due operatoriRotazione sulla strutturaRotazione fra le coppie	ALTO	Rispetto della rotazione	Relazione sulla rotazione	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
2.	Autorizzazioni sanitarie	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none">Sopralluogo con almeno due operatoriRotazione sulla strutturaRotazione fra le coppie	ALTO	Audit	Relazione sui risultati degli audit	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
3.	Controllo esercizi e strutture soggette a vigilanza	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none">Sopralluogo con almeno due operatoriRotazione sulla strutturaRotazione fra le coppieDichiarazione assenza conflitto interessi	ALTO	Rispetto della rotazione	Relazione sulla rotazione Dichiarazione di assenza conflitto interessi	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
4.	Commissioni pubblico spettacolo nei comuni	Nessun rischio potenziale rilevato	<ul style="list-style-type: none">Delibera comunale di nomina1 titolare 2 supplentiDurata triennaleMultidisciplinare che si autocontrolla	BASSO	Nessuno	Nessuno	Nessuno
5.	Pareri preventivi nuovi insediamenti produttivi NIP	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none">Parere congiunto con altri servizi del DIP (MDL)Rotazione dei tecniciControllo del Responsabile del servizio	MEDIO	Rispetto della rotazione	100 %	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
6.	Inchieste epidemiologiche	Nessun rischio potenziale rilevato	<ul style="list-style-type: none">Nessuna misura specifica adottata	BASSO	Nessuno	Nessuno	Nessuno
7.	Persone oggetto di interventi/counseling	Nessun rischio potenziale rilevato	<ul style="list-style-type: none">Nessuna misura specifica adottata	BASSO	Nessuno	Nessuno	Nessuno
8.	Rilascio pareri, opere pubbliche, regolamenti comunali	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none">Atto sottoscritto dal tecnico e dal dirigenteAtto tecnico con normativa stringenteSottoscrizione dichiarazione assenza conflitto di interessi	MEDIO	Audit	Relazione sui risultati degli audit	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

Area Organizzativa coinvolta: Dipartimento di Prevenzione Igiene e sanità pubblica (M7)

Dr. Franco Santocchia – D.ssa Luisa Valsenti

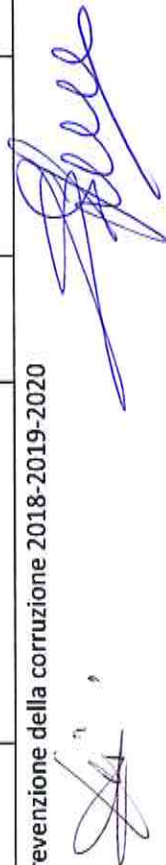
	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
9.	Sopralluogo segnalazioni relative alla presenza di coperture in eternit	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> Sopralluogo con almeno due operatori Rotazione sulla struttura Rotazione fra le coppie Delibera regionale 	MEDIO	Rispetto della rotazione	Relazione sulla rotazione	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
10.	Indagini su delega della magistratura	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> Sopralluogo con almeno due operatori Rotazione fra le coppie Confronto continuo durante lo svolgimento delle indagini con il responsabile e tra gli operatori Rispetto procedure regionali 	BASSO	Rispetto della rotazione	Relazione sulla rotazione	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
11.	Archiviazione schede di morte	Nessun rischio potenziale rilevato	Controllo random schede archiviate	BASSO	Nessuno	Nessuno	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
12.	Rilascio certificati di morte	Nessun rischio potenziale rilevato	Nessuna misura specifica adottata	BASSO	Nessuno	Nessuno	Nessuno
13.	Malattie infettive: registrazione notifiche x malattie infettive: inchieste epidemiologiche eseguite	Nessun rischio potenziale rilevato	Nessuna misura specifica adottata	BASSO	Nessuno	Nessuno	Nessuno
14.	Ordine acquisto vaccini	Alterazione del fabbisogno	Controllo dei quantitativi richiesti in base ai dati statistici	BASSO	Vaccini ordinati nell'anno-Vaccini ordinati nell'anno precedente	Relazione sullo scostamento	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti




Area Organizzativa coinvolta: Dipartimento di Prevenzione Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche Area C (M8) Dr. Guglielmo Speranzoni							
	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
1.	Sopralluoghi caseifici, gelaterie...	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none">Sopralluogo con almeno due operatoriRotazione sulla strutturaRotazione fra le coppieSottoscrizione dichiarazione assenza conflitto di interessi	ALTO	Sopralluoghi con almeno due operatori Sottoscrizione dichiarazione assenza conflitto di interessi	100% dei sopralluoghi con almeno due operatori 100% dei verbali con sottoscrizione dichiarazione assenza conflitto di interessi	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
2.	Controlli qualità su campioni di diversa matrice (mangime, latte...)	<ul style="list-style-type: none">Falsa attestazioneAlterazione campione	<ul style="list-style-type: none">Controllo con almeno due operatoriRotazione sulla strutturaRotazione fra le coppieSottoscrizione dichiarazione assenza conflitto di interessi	ALTO	controlli con almeno due operatori Sottoscrizione dichiarazione assenza conflitto di interessi	100% dei controlli con almeno due operatori 100% dei verbali con sottoscrizione dichiarazione assenza conflitto di interessi	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
3.	Sopralluoghi depositi con vendita all'ingrosso e al minuto di farmaci	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none">Sopralluogo con almeno due operatoriRotazione sulla strutturaRotazione fra le coppieSottoscrizione dichiarazione assenza conflitto di interessi	ALTO	Sopralluoghi con almeno due operatori Sottoscrizione dichiarazione assenza conflitto di interessi	100% dei sopralluoghi con almeno due operatori 100% dei verbali con sottoscrizione dichiarazione assenza conflitto di interessi	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
4.	Sopralluoghi Allevamenti con armadietti farmaceutici	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none">Sopralluogo con almeno due operatoriRotazione sulla struttura	ALTO	Sopralluoghi con almeno due operatori	100% dei sopralluoghi con almeno due operatori	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

**Area Organizzativa coinvolta: Dipartimento di Prevenzione Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche
Area C (M8)
Dr. Guglielmo Speranzoni**

Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
		<ul style="list-style-type: none"> Rotazione fra le coppie Sottoscrizione dichiarazione assenza conflitto di interessi 		Sottoscrizione dichiarazione assenza conflitto di interessi	100% dei verbali con sottoscrizione dichiarazione assenza conflitto di interessi	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
5. Sopralluogo farmacie	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> Sopralluogo con almeno due operatori Rotazione sulla struttura Rotazione fra le coppie Sottoscrizione dichiarazione assenza conflitto di interessi 	ALTO	Sopralluoghi con almeno due operatori Sottoscrizione dichiarazione assenza conflitto di interessi	100% dei sopralluoghi con almeno due operatori 100% dei verbali con sottoscrizione dichiarazione assenza conflitto di interessi	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
6. Sopralluogo ambulatori veterinari	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> Sopralluogo con almeno due operatori Rotazione sulla struttura Rotazione fra le coppie Compilazione checklist Sottoscrizione dichiarazione assenza conflitto di interessi 	ALTO	Sopralluoghi con almeno due operatori Sottoscrizione dichiarazione assenza conflitto di interessi	100% dei sopralluoghi con almeno due operatori 100% dei verbali con sottoscrizione dichiarazione assenza conflitto di interessi	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
7. Controlli sul benessere animale	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> Controllo con almeno due operatori Rotazione sulla struttura Rotazione fra le coppie Compilazione checklist Gruppo di lavoro controlli Sottoscrizione dichiarazione assenza conflitto di interessi 	ALTO	Controlli con almeno due operatori Sottoscrizione dichiarazione assenza conflitto di interessi Compilazione checklist	100% dei controlli con almeno due operatori 100% dei verbali con sottoscrizione dichiarazione assenza conflitto di interessi 100% dei sopralluoghi con checklist compilata	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti



Area Organizzativa coinvolta: Dipartimento di Prevenzione Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche Area C (M8) Dr. Guglielmo Speranzoni							
	Attività a rischio	Rischio potenziale	Misure di sicurezza associate	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
8.	Controllo stalloni per anemia infettiva	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none">• Rotazione sulla struttura• Compilazione checklist• Gruppo di lavoro controlli• Sottoscrizione dichiarazione assenza conflitto di interessi	BASSO	Sottoscrizione dichiarazione assenza conflitto di interessi Compilazione checklist	100% dei verbali con sottoscrizione dichiarazione assenza conflitto di interessi 100% dei controlli con checklist compilata	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
9.	Controlli centri raccolta e magazzinaggio sperma per la fecondazione artificiale equina, bovina suina ovina e caprina.	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none">• Controllo con almeno due operatori• Rotazione sulla struttura• Rotazione fra le coppie• Compilazione checklist	ALTO	Controlli con almeno due operatori Compilazione checklist	100% dei controlli con almeno due operatori 100% checklist compilate	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
10.	Controllo impianti transito e deposito di sottoprodotti di origine animale	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none">• Controllo con almeno due operatori• Rotazione sulla struttura• Rotazione fra le coppie• Compilazione checklist• Sottoscrizione dichiarazione assenza conflitto di interessi	ALTO	controlli con almeno due operatori Sottoscrizione dichiarazione assenza conflitto di interessi Compilazione checklist	100% dei controlli con almeno due operatori 100% dei verbali con sottoscrizione dichiarazione assenza conflitto di interessi 100% checklist compilate	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

