



Servizio Sanitario Nazionale - Regione dell'Umbria  
**AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE UMBRIA N. 2**  
Sede Legale Provvisoria: Viale Donato Bramante 37 – Terni  
Codice Fiscale e Partita IVA 01499590550

### **Delibera del Direttore Generale n. 209 del 29/02/2016**

**Oggetto:** Programma Annuale di attività dei Distretti, dei Dipartimenti, dei Presidi Ospedalieri e delle Strutture dell'Area Centrale per l'anno 2016 (Budget 2016) - Assegnazione degli obiettivi ai Distretti, ai Dipartimenti, ai Presidi Ospedalieri e alle Strutture dell'Area Centrale.

### **IL DIRETTORE GENERALE**

VISTA la proposta di delibera in oggetto di cui al num. Provv. 1506 del Servizio Proponente, DIRETTORE AMMINISTRATIVO

*Hash documento formato .pdf (SHA256):*

acb705934da70733d6839d8d2910f8c05744fc3a19f143dd4084b84cb769e13e

*Hash documento formato .p7m (SHA256):*

a044035c594e146ebccea712fbb8b849b12e64cfa3215af1d91f178fe8df8e6

*Firmatari:* Roberto Americioni, Roberto Americioni, Imolo Fiaschini

ACQUISITI i pareri del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo come di seguito indicato:

Direttore Sanitario: Dr. Imolo Fiaschini – parere: FAVOREVOLE

Direttore Amministrativo: Dott. Roberto Americioni – parere: FAVOREVOLE

### **DELIBERA**

Di recepire la menzionata proposta di delibera che allegata al presente atto ne costituisce parte integrante e sostanziale e di disporre quindi così come in essa indicato.

IL DIRETTORE GENERALE (\*)  
(Dr. Sandro Fratini)



Servizio Sanitario Nazionale - Regione dell'Umbria  
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE UMBRIA N. 2  
Sede Legale Provvisoria: Viale Donato Bramante 37 – Terni  
Codice Fiscale e Partita IVA 01499590550

## **DOCUMENTO ISTRUTTORIO**

### **ALLEGATO ALLA DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE**

**N. numero    DEL data\_atto**

#### ***Normativa di riferimento:***

- L.R. Umbria n. 18 del 12/11/2012 confluita successivamente nel Testo Unico 9 aprile 2015 n. 11 che riunisce le disposizioni di legge regionali in materia di Sanità e Servizi Sociali.
- Delibera del Direttore Generale n. 1081 del 23/11/2015 Atto Aziendale
- Indirizzi per la predisposizione del bilancio di previsione per l'esercizio 2016 contenuti nella D.G.R. 29 novembre 2015 n. 1250
- Delibera del Direttore Generale n. 1094 del 26/11/2015 intitolata Bilancio Economico Preventivo anno 2016 – Approvazione”.

#### ***Motivazione***

La programmazione delle attività rappresenta la metodologia ordinaria di gestione dell'Azienda. Per svolgere la programmazione si utilizza la metodologia del budget; con esso si definisce, su base annuale, il “Programma Annuale di attività dei dipartimenti, delle strutture e dei servizi, i progetti operativi annuali”, così come previsto dall'art. 11 della L.R. 11/2015.

Il budget rappresenta lo strumento di governo a disposizione della Direzione Aziendale per svolgere l'attività di monitoraggio e di controllo del processo gestionale in quanto permette di verificare le attività svolte e controllare i risultati raggiunti. La programmazione delle attività dei distretti, dei dipartimenti, dei presidi, delle strutture e dei servizi relativa all'anno 2016, rappresenta altresì l'evoluzione di quanto realizzato negli esercizi precedenti.

Merita evidenza il richiamo alle caratteristiche della metodologia del budget aziendale.

La Direzione Aziendale, infatti, negozia gli obiettivi con le macroarticolazioni sanitarie (Distretti, Dipartimenti e Presidi), con le strutture dell'area centrale, rappresentando questo il primo livello di negoziazione. Sono previsti i seguenti livelli budgetari:

- o Budget di Macrostruttura;
- o Budget di Struttura;
- o Condivisione Obiettivi con le risorse umane afferenti la struttura

Al termine degli incontri di negoziazione di I livello prende avvio il percorso cosiddetto a cascata (dalla Direzione ai Macrolivelli) e a grappolo (dai macrolivelli alle strutture, se presenti). Infatti, a seguito delle negoziazioni di I livello si sviluppano le riunioni tra le macroarticolazioni e le strutture di riferimento (Strutture Complesse e Semplici di valenza dipartimentale). In tali riunioni si procede a illustrare interamente il processo e a negoziare (secondo livello di negoziazione). terminate le riunioni di II livello il Responsabile/referente di struttura condivide e partecipa a tutte le risorse umane gli obiettivi della struttura (III livello del processo), al fine di coinvolgere tutto il personale nel processo di programmazione e controllo aziendale, costruendo un canale comunicativo e un feed-back di relazioni verticali e trasversali. L'obiettivo aziendale è quello di diffondere i contenuti della mission, della vision e delle strategie aziendali a tutti i livelli e creare la consapevolezza del ruolo e dell'appartenenza delle risorse umane al sistema di cui sono parte integrante e sostanziale, ricevendo da loro tutti i messaggi e gli input necessari a migliorare il processo.

Con delibera 1094 del 26/11/2015 intitolata "Bilancio Preventivo Economico Anno 2016 – Approvazione" la Direzione Generale, ha attribuito i budget economici ai Centri di Risorsa.

In tale contesto di programmazione, la Direzione Aziendale a novembre 2015 ha definito la procedura e tutto il sistema documentale per l'anno 2016. In particolare, ha avviato l'iter per la definizione dei programmi di attività e per la pianificazione dell'acquisizione delle risorse (Budget) per l'anno 2016, predisponendo le schede di budget (schede specifiche per le strutture dell'Area

Centrale e Schede specifiche per le strutture dell'Area Sanitaria). Ha approntato il materiale informativo relativo alle risorse necessarie (risorse umane, finanziarie e strumentali) ed alla reportistica di riferimento per le attività specifiche, materiale utile per la corretta previsione.

Si sono svolte nel mese di novembre le riunioni preliminari per la negoziazione di I livello con le macroarticolazioni sanitarie e le strutture dell'area centrale. In tali riunioni la Direzione aziendale ha illustrato i risultati conseguiti nell'anno 2014 anche a livello regionale (Bersaglio, LEA...), quelli pre-consuntivi dell'anno 2015 e gli indirizzi della programmazione economica e di attività dell'anno 2016.

Successivamente nel mese di dicembre 2015 è stato pianificato il calendario degli incontri di I livello e dal mese di gennaio 2016 si sono regolarmente svolte le riunioni di negoziazione di I livello con le macroarticolazioni sanitarie e le strutture dell'area centrale. In tali riunioni sono stati negoziati gli obiettivi da conseguire in considerazione delle risorse necessarie e disponibili; agli incontri hanno partecipato anche i Responsabili delle Strutture Complesse e Semplici dipartimentali e distrettuali e delle Posizioni Organizzative di riferimento.

In data 21 gennaio 2016 si è tenuta la riunione del Collegio di Direzione che ha approvato il Programma Annuale di attività dei Distretti, dei Dipartimenti, dei Presidi Ospedalieri e delle Strutture dell'Area Centrale per l'anno 2016 (Budget 2016);

In data 27 gennaio 2016 si è tenuta la riunione con il Nucleo Interno di Valutazione, che ha approvato il Programma Annuale di attività dei Distretti, dei Dipartimenti, dei Presidi Ospedalieri e delle Strutture dell'Area Centrale per l'anno 2016 (Budget 2016). Nell'ambito di tale incontro si è convenuto di prevedere, nelle schede degli obiettivi 2016, specifici collegamenti con l'attuazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2016-18, l'attuazione del Piano Triennale per l'Integrità e la Trasparenza, e obiettivi specifici per la qualità e il rischio clinico. Le schede sono state, conseguentemente, riviste alla luce di quanto definito con il Nucleo Interno di Valutazione

Ad oggi è conclusa la fase di negoziazione aziendale con la negoziazione completa del I livello e si è prevista, entro il 31 marzo 2016, la conclusione del II livello di negoziazione e del III livello di condivisione degli obiettivi all'interno delle strutture; entro lo stesso termine temporale è programmata la definizione degli obiettivi di performance individuali e la definizione delle risorse umane e strumentali a completamento del processo di programmazione.

### ***Esito dell'istruttoria***

Per quanto illustrato in motivazione e considerato che la fase di negoziazione si è conclusa con la formulazione del Programma Annuale di Attività, si propone la seguente deliberazione:

1. Approvare il Programma Annuale di attività dei Distretti, dei Dipartimenti, dei Presidi Ospedalieri e delle Strutture dell'Area Centrale (Budget 2016) per l'anno 2016, come allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale distinto in:
  - a. Schede Obiettivi Macroarticolazioni Sanitarie (Distretti, Dipartimenti, Presidi Ospedalieri);
  - b. Schede Obiettivi Strutture Area Centrale.
  
2. Dare atto che la presente deliberazione non è sottoposta al controllo regionale.
  
3. Trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale.

**Il Direttore Amministrativo**  
**Dott. Roberto Americioni**

**MACROARTICOLAZIONE**
**DESCRIZIONE**
**PREVENZIONE**
**1**
**AREA PREVENZIONE**
**DISTRETTO TERNI**
**2**
**DISTRETTO TERNI**
**DISTRETTO FOLIGNO**
**3**
**DISTRETTO FOLIGNO**
**DISTRETTO NARNI AMELIA**
**4**
**DISTRETTO NARNI AMELIA**
**DISTRETTO SPOLETO**
**5**
**DISTRETTO SPOLETO**
**DISTRETTO ORVIETO**
**6**
**DISTRETTO ORVIETO**
**DISTRETTO VALNERINA**
**7**
**DISTRETTO VALNERINA**
**AREA SALUTE MENTALE**
**8**
**AREA SALUTE MENTALE**
**AREA DIPENDENZE**
**9**
**AREA DIPENDENZE**
**AREA CHIRURGICA**
**10**
**AREA CHIRURGICA**
**AREA EMERGENZA**
**11**
**AREA EMERGENZA ACCETTAZIONE**
**AREA MEDICA**
**12**
**AREA MEDICA**
**AREA MATERNO INFANTILE**
**13**
**AREA MATERNO INFANTILE**
**AREA RIABILITAZIONE**
**14**
**AREA RIABILITAZIONE**
**AREA PATOLOGIA CLINICA**
**15**
**AREA PATOLOGIA CLINICA**
**AREA DIAGNOSTICA PER**
**16**
**AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI**
**17**
**PRESIDIO OSPEDALIERO FOLIGNO**
**18**
**PRESIDIO OSPEDALIERO SPOLETO**
**PRESIDI OSPEDALIERI**
**19**
**PRESIDIO OSPEDALIERO NARNI AMELIA**
**20**
**PRESIDIO OSPEDALIERO ORVIETO**
**21**
**OSPEDALI NORCIA E CASCIA**



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 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

|                                  |  | A. OBIETTIVI PER LA GESTIONE E RENDICONTAZIONE DELLE RISORSE E DI EQUILIBRIO ECONOMICO |  |   |  |                  |              |      |   |
|----------------------------------|--|--|--|---|--|------------------|--------------|------|---|
|                                  |  | OBIETTIVI  | AZIONI   | INDICATORI  | VALORE<br>NEGOTIATO  | RANGE<br>MIN     | RANGE<br>MAX | PESO |   |
| Contabilità Generale e Analitica |  | A1   | 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 venuta della spesa | Rispetto del budget assegnato complessivamente per tutti i fattori produttivi                  | 100%             | 99,99%       | 100% | 2 |
|                                  |  | A2a  | Rispettare le procedure amministrativo contabili inerenti il ciclo passivo   | Puntuale registrazione del DDT e del MAP in tutte le situazioni possibili   | entro il 10 del mese successivo  | 100%             |              |      | 1 |
|                                  |  | A2b  | Rispettare le procedure amministrativo contabili inerenti il ciclo passivo   | Puntuale schedazione (pre-ordine) nei casi in cui non è possibile la registrazione del DDT e del MAP  | entro il 10 del mese successivo  | 100%             |              |      | 1 |
|                                  |  | A2c  | Rispettare le procedure amministrativo contabili inerenti il ciclo passivo   | Rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori e gestione fatture parreggiate  | N. liquidazioni effettuati entro i 60 giorni dall'arrivo della fattura/ n. liquidazioni totali | 100%             |              |      | 1 |
|                                  |  | A3   | Garantire il corretto utilizzo delle risorse con garanzia della correttezza alimentazione della contabilità analitica per quanto di pertinenza | Corretta alimentazione contabilità analitica nel rispetto della procedura aziendale   | 100% entro il 10 del mese successivo   | 100%<br>(NC = 0) |              |      | 1 |
| PESO OBIETTIVI ECONOMICI         |  |  |  |   |  |                  |              |      | 6 |

AZIENDA USL UMBRIA N. 2  
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO  
DI PREVENZIONE  
(Dr. Guglielmo Speranzoni)



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Responsabile *Dr. Guglielmo Speranzoni*

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

|                                   |  | B: OBIETTIVI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DEI DATI E DEI FLUSSI INFORMATIVI  |   |                  |     |      |   |
|-----------------------------------|--|--|---|------------------|-----|------|---|
| OBIETTIVI                         | AZIONI   | INDICATORI   | VALORE<br>NEGOTIATO   | RANGE            |     | PESO |   |
|                                   |  |  |   | MIN              | MAX |      |   |
| <b>Flussi Informativi</b>         |  |  |   |                  |     |      |   |
| H1a                               | Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati con alimentazione dei flussi informativi di governo NSIS | Corretta tenuta dei flussi di governo (STS, FLS.....) nel rispetto della procedura aziendale di riferimento, attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati per la copertura quantitativa e qualitativa dei dati con soddisfazione del debito informativo NSIS | Trasmissione dei flussi nel rispetto delle modalità, della completezza, della qualità, delle scadenze previste dalle disposizioni nazionali e regionali in aderenza alla procedura aziendale per FLS 18 | 100%<br>(NC = 0) | 95% | 100% | 2 |
| H1b                               |  | Corretta e completa registrazione dei dati nei sistemi gestionali specifici di pertinenza del DIP  | Percentuale di informazioni completa  | 100%             | 95% | 100% | 2 |
| H2b                               | Rendicontazione periodica e annuale delle attività di pertinenza   | Produzione della reportistica specifica su formati definiti (ISP, Promozione Salute ed Epidemiologia, Screening, PSAL, Sanità Animale, IAPZ, IAN, IAQA, Medicina dello Sport)  | Trasmissione reportistica richiesta al controllo di gestione su base trimestrale, su formati prestabiliti, entro 30 giorni dalla chiusura del trimestre   | 100%             | 98% | 100% | 2 |
| PESO OBIETTIVI FLUSSI INFORMATIVI |  |  |   |                  |     |      |   |
| 4                                 |  |  |   |                  |     |      |   |

AZIENDA USL UMBRIA N. 2  
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO  
DI PREVENZIONE  
*(Dr. Guglielmo Speranzoni)*



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 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

C OBIETTIVI DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

| C/O | OBIETTIVI   | AZIONI   | INDICATORI   | VALORE<br>MEZZOZITO | RANGE |       | PESO |
|-----|---|--|--|---------------------|-------|-------|------|
|     |   |  |  |                     | MIN   | MAX   |      |
| C1a | Migliorare e qualificare la modalità organizzative ed erogative nella gestione dell'offerta delle prestazioni ambulatoriali per garantire:  | Definizione volumi di attività prestazioni ambulatoriali   | Rispetto dei volumi di attività offerti a CUP per le prestazioni istituzionali (comprese quelle domiciliari laddove previsto). Tale dato determina anche il volume massimo di prestazioni ALPI per la struttura che deve essere inferiore. | 6.300               | 6.000 | 6.300 | 1    |
| C1b | - il mantenimento di adeguati e appropriati livelli dell'offerta rispetto alla domanda, - il contenimento dei tempi di attesa, - l'efficienza organizzativa del sistema, - l'equità di accesso ai servizi ambulatoriali | Monitoraggio erogazione delle prestazioni  | Percentuale di prestazioni prenotate sul totale delle prestazioni erogate  | 85%                 | 80%   | 100%  | 1    |
| C1c |   | Monitoraggio tempi di attesa delle prestazioni RAO e delle prestazioni non RAO   | % di prestazioni erogate nei tempi previsti per i RAO (RAO U=399; B=1099; D=3016/99; P=360 99) e per i non RAO (30 99)   | 90%                 | 85%   | 100%  | 1    |
| C1d |   | Validazione dell'erogato nei servizi con monitoraggio della concordanza RAO, per le prestazioni che lo prevedono, nel rispetto della procedura aziendale | Validazione effettuata/validazione totale con % di rilevazione della concordanza per le prestazioni RAO per le prestazioni che lo prevedono  | 100%                | 95%   | 100%  | 1    |
| C1e |   | Gestione sospensione delle agende nel rispetto della procedura aziendale   | Corretta applicazione della procedura prevista per la gestione della sospensione delle agende  | 100% (NC = 0)       | 95%   | 100%  | 1    |
| C1a | Promuovere le attività motorie nella popolazione sana e nella popolazione diabetica   | Accertamento idoneità sportiva   | N. Certificazioni idoneità sportiva / n. richieste   | 100%                | 80%   | 100%  | 1    |
| C2a |   | Monitoraggio pazienti diabetici  | N. controlli, pazienti inviati al servizio   | 100%                | 80%   | 100%  | 1    |
| C3  | Promuovere la dematerializzazione delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale al fine di efficientare i sistemi e facilitare la presa in carico dei pazienti  | Pieno utilizzo del nastro elettronico da parte di tutti i medici prescrittori della struttura evitando di rinviare il paziente al MMG/PLS                | N. richieste prestazioni dematerializzate / N. richieste totale  | 100%                | 80%   | 100%  | 1    |

PESO OBIETTIVI LISTE ATTESA

8

AZIENDA USL UMBRIA N. 2  
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO  
DI PREVENZIONE  
(Dr. Guglielmo Speranzoni)



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Responsabile Dr. Guglielmo Speranzoni

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| OBIETTIVI                          |  | AZIONI   |   | INDICATORI |  | VALORE NEGOTIATO |  | RANGE |     | PESO |
|------------------------------------|--|--|---|------------|--|------------------|--|-------|-----|------|
|                                    |  |  |   |            |  |                  |  | MIN   | MAX |      |
| <b>2 - OBIETTIVI ORGANIZZATIVI</b> |  |  |   |            |  |                  |  |       |     |      |
| D1a                                | <p>Organizzazione</p> <p>Promuovere la riorganizzazione e la razionalizzazione dei servizi territoriali in aderenza alle linee di Indirizzo regionali e alla programmazione aziendale per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ottimizzare il sistema</li> <li>- assicurare percorsi di presa in carico dei pazienti efficaci ed appropriati</li> </ul> | Riorganizzazione dei servizi di Medicina dello Sport nei 6 territori aziendali   | Ridefinizione dell'organizzazione dei servizi con trasferimento di tutte le attività dai Distretti al Dipartimento e omogeneizzazione delle procedure operative   | 100%       |  |                  |  |       |     | 2    |
| D1b                                |  | Riorganizzazione dei servizi Vaccinali nei 6 territori aziendali in aderenza anche a quanto previsto dalla DGR 970/2012 e dal PAL                        | Ridefinizione dell'organizzazione dei servizi vaccinali con ridefinizione dei punti vaccinali a livello distrettuale e governo unitario a livello del Dipartimento di Prevenzione                       | 100%       |  |                  |  |       |     | 2    |
| D1c                                |  | Riorganizzazione delle attività di controllo delle acque potabili e degli impianti natatori  | Ridefinizione dell'organizzazione delle attività di controllo delle acque potabili e degli impianti natatori per una gestione omogenea area nord e area sud all'interno del Dipartimento di Prevenzione | 100%       |  |                  |  |       |     | 2    |
| D1d                                |  | Riorganizzazione del Servizio degli Screening Oncologici   | Ridefinizione dell'organizzazione del servizio screening oncologico unitario a livello Dipartimentale con piena attuazione Delibera del Direttore Generale n. 10977/2014                                | 100%       |  |                  |  |       |     | 2    |
| D1e                                |  | Riorganizzazione dei servizi di Medicina Legale con trasferimento delle attività del Dipartimento alle strutture di Medicina Legale Area Nord e Area Sud | Attuazione Delibera del Direttore Generale n. 959/2015 con riorganizzazione attività di Medicina Legale   | 100%       |  |                  |  |       |     | 2    |
| PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI 10    |  |  |   |            |  |                  |  |       |     |      |

AZIENDA USL UMBRIA N. 2  
LE DIRETTORI DEL DIPARTIMENTO  
DI PREVENZIONE  
(Dr. Guglielmo Speranzoni)



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Responsabile Dr. Guglielmo Speranzoni

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| OBIETTIVI |  | AZIONE   | INDICATORI  | VALORE<br>NEGOCIATO                                 | RANGE |      | PESO |
|-----------|--|--|---|---|-------|------|------|
|           |  |  |   |   | MIN   | MAX  |      |
| E1        | Conseguimento Obiettivi di attivita' del Piano della Prevenzione (prevenzione malattie infettive, prevenzione incidenti stradali, promozione salute e sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro, promozione della sicurezza alimentare, promozione della sorveglianza nutrizionale, guadagnare salute, programma screening.....) | Conseguimento risultati dei piani di prevenzione nazionali e regionali                     | Rispetto degli standard dei piani (allegato piano del Dipartimento e della Struttura)                                 | ≥ 95  | 90%   | 100% | 5    |
| E 2A      |  | Promuovere la prevenzione delle malattie infettive (azioni di sorveglianza e di copertura) | Ridurre i rischi di trasmissione malattie infettive croniche di lunga durata attraverso la registrazione in follow up | 80% scheda di follow up per TBc notificata nel 2015 |       |      |      |
| E.2B.1    |  |  | Tasso copertura vaccinazioni obbligatorie   | ≥ 95  | 90%   | 100% |      |
| E.2B.2    |  |  | Tasso copertura vaccinale MPR I dose nei bambini  | ≥ 95  | 90%   | 100% |      |
| E.2B.3    |  |  | Tasso copertura vaccinale MPR II dose nei bambini (5-6 anni)  | ≥ 90  | 80%   | 100% |      |
| E.2B.4    |  |  | Tasso copertura vaccinale per pneumococo  | ≥ 90  | 80%   | 100% | 5    |
| E.2B.5    |  |  | Tasso copertura vaccinale per 1 dose HPV  | ≥ 80  | 70%   | 100% |      |
| E.2B.6    |  |  | Tasso copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani > 65 anni  | ≥ 75  | 70%   | 100% |      |

AZIENDA USL UMBRIA N. 2  
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO  
DI PREVENZIONE  
(Dr. Guglielmo Speranzoni)



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Responsabile *Dr. Guglielmo Speranzoni*

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

|       |   |  |   |                      |     |      |   |
|-------|---|--|---|----------------------|-----|------|---|
| E.2.1 | Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione per i PIANI DI VIGILANZA attraverso azioni specifiche     | Omogeneizzazione sul territorio aziendale della attività di vigilanza  | Redazione piano di vigilanza annuale e applicazione protocolli operativi con definizione degli standard di attività; rispetto dei pariri di attività programmati  | 100% previsti da PRP |     |      |   |
| E.2.2 |   | Controlli impianti natatori pubblici e/o privati   | % controlli effettuati  | 100% previsti da PRP |     |      |   |
| E.2.3 |   | Effettuazione prelievi acqua potabile pubblici acquedotti  | N. prelievi   | 100% previsti da PRP |     |      |   |
| E.2.4 |   | Rendicontazione monitoraggio potabilità delle acque  | Relazione   | 100% previsti da PRP |     |      |   |
| E.3.1 |   | Promozione della Salute nella scuola primaria secondo il Piano aziendale e il PR                               | N. interventi nelle scuole/ N. interventi previsti  | 100%                 |     |      |   |
| E.3.2 |   | Promozione della Salute secondo il Piano aziendale e il PRP per gli interventi inerenti gli stili di vita sani | N. interventi per promuovere gli stili di vita sani (alcooli, fumo, alimentazione, sedentarietà)/ N. interventi previsti  | 100%                 |     |      |   |
| E.3.3 | Conseguimento Obiettivi specifici per la PROMOZIONE DELLA SALUTE attraverso azioni specifiche                 | Sostenere i programmi di sorveglianza della salute della popolazione e le indagini campione                    | Realizzazione attività dello Studio PASSI, PASSI d'Argento, OKKIO alla salute   | 100%                 |     |      |   |
| E.4   |   | Attività per i profila di salute   | Elaborazione del profilo aziendale di salute Elaborazione del bilancio di salute dei pediatri   | 100%                 |     |      | 5 |
| E.4.1 |   | Redazione di percorsi formativi sui temi della promozione della salute   | Numero attività formative per la promozione della salute, attività informative, seminari workshop sul profilo di salute e le attività di promozione della salute per il 2016/ rispetto quanto previsto da PRP | 100%                 |     |      |   |
| E.4.1 |   | Aderenza al programma specifico screening citologico   | Tasso di inviti   | > 90%                | 85% | 100% |   |
| E.4.2 | Conseguimento Obiettivi specifici per la PREVENZIONE MALATTIE ONCOLOGICHE attraverso i programmi di screening | Aderenza al programma specifico screening mammografico   | Tasso di adesione   | > 55%                | 50% | 100% |   |
| E.4.3 |   | Aderenza al programma specifico screening citologico   | Tasso di inviti   | > 90%                | 85% | 100% |   |
| E.4.5 |   |  | Tasso di adesione   | > 62,7%              | 60% | 100% |   |
| E.4.6 |   |  | Tasso di inviti   | > 90%                | 85% | 100% |   |
|       |   |  | Tasso di adesione   | > 42,9%              | 40% | 100% |   |

AZIENDA USL UMBRIA N. 2  
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO  
DI PREVENZIONE  
(*Dr. Guglielmo Speranzoni*)



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 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| Attività  | Descrizione   | Indicatore  | Valore  | Unità  | Periodo | Fonte |
|---|---|---|---|--|---------|-------|
| E-3b1<br>E-3b2<br>E-3b3<br>E-3b4<br>E-3b5<br>E-3a1<br>E-3a2<br>E-3a3<br>E-3a4<br>E-3a5<br>E-3a6<br>E-3a7<br>E-3a8 | Miglioramento degli iter di presa in carico dei percorsi per gli screening oncologici | Plena attuazione dei percorsi diagnostici di secondo livello per gli screening oncologici | 100%  |  | 5       |       |
|   |   | Attuazione programmi per le fasce di popolazione individuale                              | 100%  |  |         |       |
|   |   | Inviti per i 3 screening in linea con la programmazione regionale                         | 80% entro 30/99<br>95% entro 45/99  |  |         |       |
|   |   | Rispetto tempo di attesa per colposcopia  | 80% entro 30/99<br>95% entro 45/99  |  |         |       |
|   |   | Rispetto tempo di attesa per indagini mammografiche di II livello                         | 80% entro 30/99<br>95% entro 45/99  |  |         |       |
|   |   | Garanzia di tempi di attesa congrui per le indagini di approfondimento                    | 60% entro 30/99<br>90% entro 45/99  |  |         |       |
|   |   | Monitoraggio agenti cancerogeni, chimici e fisici   | 100% previsti da PRP  |  |         |       |
|   |   | Progetti PRP  | 100% previsti da PRP  |  |         |       |
|   |   | Attività di verifica e ispezione  | 100% previsti da PRP  |  |         |       |
|   |   | E-3c1<br>E-3c2  | Definire e mettere in atto le procedure per i principali processi svolti all'interno dei Servizi PSAL | Completamento percorsi di secondo livello con prenotazione a Cup |         |       |
| Verifica applicazione procedure approvate   | 100% previsti da PRP  |   |   |  |         |       |
| Verifica applicazione procedure approvate   | 100% previsti da PRP  |   |   |  |         |       |
| Verifica applicazione procedure approvate   | 100% previsti da PRP  |   |   |  |         |       |
| Verifica applicazione procedure approvate   | 100% previsti da PRP  |   |   |  |         |       |
| Verifica applicazione procedure approvate   | 100% previsti da PRP  |   |   |  |         |       |
| Verifica applicazione procedure approvate   | 100% previsti da PRP  |   |   |  |         |       |
| Verifica applicazione procedure approvate   | 100% previsti da PRP  |   |   |  |         |       |
| Verifica applicazione procedure approvate   | 100% previsti da PRP  |   |   |  |         |       |
| Verifica applicazione procedure approvate   | 100% previsti da PRP  |   |   |  |         |       |

5

AZIENDA USL UMBRIA N. 2  
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO  
DI PREVENZIONE  
(Dr. Guglielmo Speranzoni)



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Responsabile *Dr. Guglielmo Speranzoni*

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| ESL   | Mantenere adeguati livelli di vigilanza, in particolare in edilizia e agricoltura   | Garantire l'ispezione delle aziende con dipendenti del territorio      | % di ispezioni e verifiche  | 100% previsti da PRP |  |   |
|-------|---|--|---|----------------------|--|---|
| ESL1  | Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione per la Promozione della sicurezza alimentare                          | Effettuazione controlli nei confronti della brucellosi, leucosi        | N. allevamenti bovini oggetto di proflassi per BRC e LEB / N. allevamenti testati                                     | 50,00%               |  |   |
| ESL2  | Attivazione piani di sanità pubblica veterinaria per il controllo delle malattie  | Effettuazione controlli nei confronti della Ibc dei bovini e bulattini | N. allevamenti bovini oggetto di proflassi per TBC / N. allevamenti testati   | 25,00%               |  |   |
| ESL3  |   | Effettuazione controlli nei confronti della brucellosi degli ovini     | N. allevamenti ovini oggetto di proflassi per BRC / N. allevamenti testati  | 25%                  |  |   |
| ESL4  |   |  | N. allevamenti bovini oggetto di ispezioni per il sistema I & R / N. allevamenti controllati                          | 3%                   |  |   |
| ESL5  |   |  | N. allevamenti ovini oggetto di ispezioni per il sistema I & R / N. allevamenti controllati                           | 3%                   |  |   |
| ESL6  | Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione per la Promozione della sicurezza alimentare                          | Effettuazione controlli anagrafi                                       | N. allevamenti suinicoli oggetto di ispezioni per il sistema I & R / N. allevamenti controllati                       | 1%                   |  | 5 |
| ESL7  | Attivazione piani di sanità pubblica veterinaria per il controllo allevamenti   | Effettuazione controlli allevamenti per Salmonella                     | N. allevamenti di equidi oggetto di ispezioni per il sistema I & R / N. allevamenti controllati                       | 3%                   |  |   |
| ESL8  |   | Effettuazione controlli allevamenti per Salmonella                     | N. allevamenti ovicoli inseriti nei piani Salmonella / N. allevamenti testati secondo la specifica normativa          | 100%                 |  |   |
| ESL9  | Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione Interventi PET  | Effettuazione interventi pet   | N. cani non identificati ed immessi nei cani / N. cani sterilizzati dopo 60 giorni dalla cattura                      | 98%                  |  |   |
| ESL10 |   |  | N. aziende controllate / N. aziende sul territorio  | 98%                  |  |   |
| ESL11 |   |  | N. provvedimenti D.lgs 155/97 e 193/2007 / N. unità controllate   | 20%                  |  |   |
| ESL12 | Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione per Promuovere la Sicurezza Alimentare e la sorveglianza nutrizionale | Sorveglianza e controllo delle aziende                                 | Numero strut. san. controllate per leigione/losv / Num. Strut. Presenti   | 100%                 |  |   |
| ESL13 |   | Tempo di definizione dei pareri di competenza                          | Tempo medio per l'espressione pareri in gg  | 10gg                 |  | 5 |
| ESL14 |   | Sorveglianza piano campioni alimenti e bevande                         | N. campioni alimenti e bevande effettuati / N. campioni previsti dai programmi regionali e nazionali di campionamento | 20,00%               |  |   |
| ESL15 |   |  | N. visite mense collettive / mense collettive autorizzate presenti sul territorio                                     | 98%                  |  |   |
| ESL16 |   |  | N. menu valutati eva redattivi / richieste pervenute  | 25,00%               |  |   |



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 2016

## PILANO DEGLI OBIETTIVI

|                               |   |   |   |                      |  |  |  |    |
|-------------------------------|---|---|---|----------------------|--|--|--|----|
| F.8.1                         | Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione per la promozione sicurezza alimentare e azioni controllo e di vigilanza su imprese conosciute e registrate | Definire piani di controllo e vigilanza aziendali sulla base della categorizzazione del rischio: nelle aziende REGISTRATE alimentare  | rispetto frequenza in base DGR 137/13   | 100%                 |  |  |  |    |
| F.8.2                         | Definire piani di controllo e vigilanza aziendali   | Definire piani di controllo e vigilanza aziendali sulla base della categorizzazione del rischio: negli stabilimenti RICONOSCIUTI di lavorazione degli alimenti di origine animale | rispetto frequenza in base DGR 137/14   | 100%                 |  |  |  |    |
| F.8.3                         | 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 MACROAREA SICUREZZA : IAN - IAQA                          | Numero ispezioni- campionamenti effettuati/numero ispezioni-campionamenti individuali | 100%                 |  |  |  | 5  |
| E.8c                          | Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione (azioni di vigilanza- prelievo matrici) Aderenza PRIC   | Ispezioni e prelievi di matrici alimentari piani regionali (PRIC) quando applicabili  | Numero ispezioni-campionamenti effettuati/numero ispezioni-campionamenti individuali  | 100%                 |  |  |  |    |
| F.9.1                         | Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione (azioni vigilanza allevamenti)  | Sopralluoghi caseifici registrati   | Numero sopralluoghi   | 27                   |  |  |  |    |
| F.9.2                         | Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione (azioni vigilanza allevamenti)  | Sopralluoghi caseifici riconosciuti   | Numero sopralluoghi   | 51                   |  |  |  |    |
| F.9.3                         | Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione (azioni vigilanza allevamenti)  | Sopralluoghi gelatine   | % Controlli   | 20                   |  |  |  |    |
| F.9.4                         | Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione (azioni vigilanza allevamenti)  | Attività per il Piano nazionale alimentazione animale   | N° attività sopralluoghi elo vigilanza  | 100% previsti da PRP |  |  |  |    |
| F.9.5                         | Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione (azioni vigilanza allevamenti)  | Attività per il Piano nazionale residui pnr   | N° attività sopralluoghi elo vigilanza  | 100% previsti da PRP |  |  |  | 5  |
| F.9.6                         | Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione (azioni vigilanza allevamenti)  | Attività per il Piano nazionale benessere animale   | N° attività e controlli   | 100% previsti da PRP |  |  |  |    |
| F.9.7                         | Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione (azioni vigilanza allevamenti)  | Attività per il Piano nazionale riproduzione animale  | N° attività e controlli   | 100% previsti da PRP |  |  |  |    |
| F.9.8                         | Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione (azioni vigilanza allevamenti)  | Attività per il Piano nazionale prodotti di origine animale   | N° attività e controlli   | 100% previsti da PRP |  |  |  |    |
| F.9.9                         | Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione (azioni vigilanza allevamenti)  | Attività per il Piano nazionale prodotti di origine animale   | N° attività e controlli   | 100% previsti da PRP |  |  |  |    |
| PILANO OBIETTIVI DI ATTIVITA' |   |   |   |                      |  |  |  | 45 |

AZIENDA USL UMBRIA N. 2  
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO  
DI PREVENZIONE  
(*Dr. Guglielmo Speranzoni*)



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Responsabile Dr. Guglielmo Speranzoni

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| OBIETTIVI  |   | AZIONI   | F. OBIETTIVI DI QUALITÀ, DI APPROPRIATEZZA E DI SICUREZZA DELLE CURE  |                     |            |                     |      |
|--|---|--|---|---------------------|------------|---------------------|------|
|  |   |  | INDICATORI  | VALORE NEGOCIATO    | RANGE      |                     | PESO |
|  |   |  |   | MIN.                | MAX.       |                     |      |
| F.1a   | Promuovere la gestione di qualità delle attività delle strutture e dei servizi attraverso il conseguimento dell'accredimento/della certificazione o l'avvio delle procedure per il SGQ, per assicurare gli standard e i livelli di conformità previsti dalle norme di Accrediatamento Istituzionale e dalle norme ISO | Strutturazione del programma specifico per la struttura<br><br>Conseguimento obiettivi sottoscritti con il Servizio Qualità e accreditamento   | Sottoscrizione obiettivi specifici da allegare alla scheda di budget<br><br>Obiettivi conseguibili/obiettivi previsti | entro febbraio 2016 | marzo 2016 | entro febbraio 2016 | 1    |
| F.1b   | 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.   | Perseguimento programma specifico per la Macroindicazione e le strutture di pertinenza<br><br>Conseguimento obiettivi sottoscritti   | Sottoscrizione obiettivi specifici da allegare alla scheda di budget<br><br>Obiettivi conseguibili/obiettivi previsti | entro febbraio 2016 | marzo 2016 | entro febbraio 2016 | 1    |
| F.3a   |   | Programmazione delle attività dei servizi in linea con la pianificazione regionale   | Attività realizzate /attività previste  | 100%                | 90%        | 100%                | 2    |
| F.3b   | Attuazione Piano della Prevenzione  | Definizione con il supporto del Servizio della Promozione della Salute con i Distretti, con i Dipartimenti Territoriali e con i Presidi. Operazioni della programmazione delle attività distribuite e ospedaliere in linea con la pianificazione regionale | Attività realizzate /attività previste  | 100%                | 90%        | 100%                | 2    |
| F.3b   |   | Attuazione programma di promozione della salute  | Relazione sullo stato di salute della popolazione e sulle attività di promozione della salute                         | entro febbraio 2017 |            |                     | 2    |
| F.5  | Gestione appropriata utilizzo beni sanitari per le strutture di pertinenza  | Monitoraggio della richiesta/consumo dei beni sanitari   | Cifra economica assegnata dal servizio farmaceutico   | 100%                | 90%        | 100%                | 2    |
| PESO OBIETTIVI QUALITÀ, APPROPRIATEZZA, SICUREZZA DELLE CURE |   |  |   |                     |            |                     | 5    |

AZIENDA USL UMBRIA N. 2  
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO  
DI PREVENZIONE  
(Dr. Guglielmo Speranzoni)



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Responsabile Dr. Guglielmo Speranzoni

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

G-OBIETTIVI PER LA REALIZZAZIONE DEI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI

| Piani Attuativi                          | OBIETTIVI  | AZIONI  | INDICATORI  | VALORE<br>NEGIZIATO | RANGE      |                     | PESO |
|--|--|---|---|---------------------|------------|---------------------|------|
|  |  |   |   |                     | MIN        | MAX                 |      |
| (1a)                                     | Attuazione delle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2016-2018 | Mappatura processi e individuazione attività a rischio  | Sottoscrizione obiettivi specifici inseriti nel Piano Anticorruzione da allegare alla scheda di budget                  | entro febbraio 2016 | marzo 2016 | entro febbraio 2016 | 5    |
| (1b)                                     |  | Conseguimento obiettivi sottoscritti  | Obiettivi conseguibili/obiettivi previsti   | 100%                |            |                     | 10   |
| (2)                                      | Attuazione delle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale per l'integrità e la Trasparenza             | Pubblicazione nel sito aziendale sezione "Amministrazione Trasparente" quanto di propria competenza | Numero pubblicazioni effettuate/numero pubblicazioni dovute sul sito aziendale nei termini previsti dal piano triennale | 100%                |            |                     | 5    |
| PESO OBIETTIVI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI |  |   |   |                     |            |                     | 20   |
| PESO TOTALE                              |  |   |   |                     |            |                     | 100  |

NOTA A  
E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura, nonché del/i responsabile/i di posizione organizzativa illustrare e condividere, con tutto il personale afferente la struttura, gli obiettivi gestionali assegnati, l'assolvimento degli obblighi di legge in merito a prevenzione della corruzione, trasparenza ed integrità in capo ai Responsabili di struttura (dirigenti e titolari P.O.) costituisce condizione di accesso all'istituto. 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.

NOTA C  
E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura e di tutti gli altri Valutatori presente nella struttura assegnare e 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. Tali operatività rappresentano obiettivo specifico del Valutatore utile ai fini della valutazione individuale del valutato.

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 2017. La mancata trasmissione delle relazioni suddette comporta una decurtazione del punteggio finale pari al massimo al 10% del totale ottenuto.

Seede e Data negoziazione

15 FEB. 2016

Firma Responsabile

Timbro e Firma Direzione

AZIENDA USL UMBRIA N. 2

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

DI PREVENZIONE

(Dr. Guglielmo Speranzoni)



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DISTRETTO di TERNI

Responsabile Dr. Stefano Federici

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| OBIETTIVI  |   | AZIONI  |  | INDICATORI       |        | VALORE<br>NEGOCIATO |   | RANGE<br>MIN MAX |  | PESO                     |
|--|---|---|--|------------------|--------|---------------------|---|------------------|--|--------------------------|
| A: OBIETTIVI PER LA GESTIONE E RENDICONTAZIONE DELLE RISORSE E DI EQUILIBRIO ECONOMICO |   |   |  |                  |        |                     |   |                  |  |                          |
| A1   | 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%                | 3 |                  |  |                          |
| A2a  |   | Puntuale registrazione del DdT e del MAP in tutte le situazioni possibili   | entro il 10 del mese successivo  | 100%             |        |                     | 1 |                  |  |                          |
| A2b  | Rispettare le procedure amministrativo contabili inerenti il ciclo passivo  | Puntuale schedulazione (pre-ordine) nei casi in cui non è possibile la registrazione del DdT e del MAP  | entro il 10 del mese successivo  | 100%             |        |                     | 1 |                  |  |                          |
| A2c  |   | Rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori e gestione fatture pagneggiate  | N. liquidazioni effettuati entro i 60 giorni dall'arrivo della fattura/ n. liquidazioni totali | 100%             |        |                     | 1 |                  |  |                          |
| A3   | 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   | 100% entro il 10 del mese successivo   | 100%<br>(NC = 0) |        |                     | 1 |                  |  |                          |
| A4   | Assicurare la gestione e la rendicontazione del PRINA<br>Obiettivi connessi all'attuazione della legge regionale 04 giugno 2008, n. 9 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni" | Rendicontazione dell'utilizzo delle risorse per tipologia di assistenza nel rispetto delle risorse di budget assegnate con utilizzo dei formati stabiliti   | Relazione sulle attività svolte (art. 18) e alimentazione formati di rendicontazione dei costi | 100%             |        |                     | 2 |                  |  |                          |
| Contabilità Generale e Analitica   |   |   |  |                  |        |                     |   |                  |  | PESO OBIETTIVI ECONOMICI |
|  |   |   |  |                  |        |                     |   |                  |  | 9                        |

23/02/2016  
Dr. Federici Stefano  
Direttore Distretto di Terni  
A.U.S.L. UMBRIA N. 2



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DISTRETTO DI TERNI

Responsabile Dr. Stefano Federici

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| OBIETTIVI  | AZIONI   | INDICATORI   | VALORE NEGOZIATO |       |      | PESO |
|--|--|--|------------------|-------|------|------|
|  |  |  | MIN              | RANGE | MAX  |      |
| B1<br>Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati con alimentazione dei flussi informativi di governo NSIS | Corretta tenuta dei flussi di governo (STS, FLS, ...) nel rispetto della procedura aziendale di riferimento, attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati per la copertura quantitativa e qualitativa dei dati con soddisfazione del debito informativo NSIS | Trasmissione dei flussi nel rispetto delle modalità, della completezza, della qualità, delle scadenze previste dalle disposizioni nazionali e regionali, in aderenza alla procedura aziendale che prevede i seguenti controlli:<br>% modelli STS14 inviati rispetto alle strutture in STS-11 che hanno segnalato la presenza di apparecchiature<br>% modelli STS21 inviati rispetto al numero dei modelli STS-11 che rilevano le strutture che erogano assistenza specialistica. Territoriale<br>% modelli STS24 inviati rispetto al numero dei modelli STS-11 che rilevano le strutture che erogano assistenza anziani e disabili | 100%<br>(NC = 0) | 95%   | 100% | 3    |
| B2a  | Alimentazione del sistema All@nte (puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati) per il flusso SIAD  | Completezza della rilevazione entro il 31.01.2017 di:<br>% di utenti senza errori di informazioni anagrafiche<br>% di utenti senza errori di anagrafiche di servizio<br>% di utenti con valutazione completata entro 90 gg.<br>% di congruità del quadro H del FLS 21 con il flusso SIAD   | 100%             | 95%   | 100% | 3    |

Stefano Federici  
Responsabile Direzione Aziendale  
USL Umbria2 P.A.



**SCHEDA OBIETTIVI**  
**AREA SANITARIA**  
**DIREZIONE AZIENDALE**  
**UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE**

**DISTRETTO di TERNI**

*Responsabile Dr. Stefano Federici*

**Anno 2016**

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| Flussi Informativi |   | PIANO OBIETTIVI FLUSSI INFORMATIVI   |   |      |     |      |   |
|--------------------|---|--|---|------|-----|------|---|
| R21                | Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati da parte dei Servizi distrettuali e delle strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali e la gestione diretta e a gestione indiretta nel SW All@nte con alimentazione dei rispettivi flussi | Alimentazione del sistema All@nte (puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati) per il flusso FAR per gli anziani       | Completezza della rilevazione entro il 31.01.2017 di:<br>% di utenti senza errori di informazioni anagrafiche<br>% di utenti senza errori di anagrafiche di servizio<br>% di utenti con valutazione completata entro 180 gg.<br>% di congruità del quadro F del STS 24 con il flusso FAR - semiresidenzialità<br>% di congruità del quadro G del STS 24 con il flusso FAR - residenzialità  | 100% | 95% | 100% | 3 |
|                    |   | Alimentazione del sistema All@nte (puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati) per i disabili                          | Completezza della rilevazione entro il 31.01.2017 di:<br>% di utenti senza errori di informazioni anagrafiche<br>% di utenti senza errori di anagrafiche di servizio<br>% di utenti con valutazione completata entro 180 gg.<br>% di congruità del quadro F del STS 24 con il flusso FAR - semiresidenzialità<br>% di congruità del quadro G del STS 24 con il flusso FAR - residenzialità<br>Avvio utilizzo scheda SVAMDI informatizzata | 100% | 95% | 100% | 3 |
| R24                |   | Alimentazione del sistema All@nte (puntuale, tempestiva, pertinente, veritiera e corretta registrazione dei dati) per il flusso ETA' EVOLUTIVA | Completezza della rilevazione entro il 31.01.2017 di:<br>% di utenti senza errori di informazioni anagrafiche<br>% di utenti senza errori di anagrafiche di servizio<br>% di utenti con valutazione completata entro 180 gg.<br>% di congruità del quadro F del STS 24 con il flusso NPI - SEE - semiresidenzialità<br>% di congruità del quadro G del STS 24 con il flusso NPI - SEE - residenzialità                                    | 100% | 95% | 100% | 3 |

**Dr. Federici Stefano**  
 Direttore Distretto di Terni  
 AUSL UMBRIA N.2



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIREZIONE AZIENDALE  
DISTRETTO di TERNI

Responsabile Dr. Stefano Federici

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

|   |  | C. OBIETTIVI DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI  |   |         |         |      |   |
|---|--|---|---|---------|---------|------|---|
| OBIETTIVI   | AZIONI   | INDICATORI  | VALORE<br>MISURATO  | RANGE   |         | PESO |   |
|   |  |   |   | MIN     | MAX     |      |   |
| C1a<br>Migliorare e qualificare le modalità organizzative ed erogative nella gestione dell'offerta delle prestazioni ambulatoriali per garantire:<br>- il mantenimento di adeguati e appropriati livelli dell'offerta rispetto alla domanda,<br>- il contenimento dei tempi di attesa,<br>- l'efficienza organizzativa del sistema,<br>- l'equità di accesso ai servizi ambulatoriali | 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. | 208.794   | 200.000 | 208.794 | 2    |   |
|   | Monitoraggio erogazione delle prestazioni  | Percentuale di prestazioni prenotate sul totale delle prestazioni erogate   | 85%   | 80%     | 100%    | 1    |   |
|   | Monitoraggio tempi di attesa delle prestazioni RAO e delle prestazioni non RAO   | % di prestazioni erogate nei tempi previsti per i RAO (RAO U=399; B=1099; D=30/0/099; P=360/99) e per i non RAO (30/99)   | 90%   | 85%     | 100%    | 2    |   |
|   | Validazione dell'erogato nei servizi con monitoraggio della concordanza RAO, per le prestazioni che lo prevedono, nel rispetto della procedura aziendale           | Validazione effettuata/validazione totale con % di rilevazione della concordanza per le prestazioni RAO per le prestazioni che lo prevedono   | 100%  | 95%     | 100%    | 2    |   |
| C1c   | Gestione sospensione delle agende nel rispetto della procedura aziendale   | Corretta applicazione della procedura prevista per la gestione della sospensione delle agende   | 100%<br>(NC = 0)  | 95%     | 100%    | 1    |   |
| C2  | Promuovere la dematerializzazione delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale al fine di efficientare i sistemi e facilitare la presa in carico dei pazienti | Pieno utilizzo del nottario elettronico da parte di tutti i medici prescrittori della struttura evitando di rinviare il paziente al MMG/PLS   | N. richieste prestazioni dematerializzate / N. richieste totale | 100%    | 80%     | 100% | 2 |

PESO OBIETTIVI LISTE ATTESA

10

Dr. Federico Stefano  
Direttore Distretto di Terni  
A.U.S.L. UMBRIA N. 2


**USL Umbria2**

 SCHEDA OBIETTIVI  
 AREA SANITARIA

DIREZIONE AZIENDALE

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

DISTRETTO DI TERNI

Responsabile Dr. Stefano Federici

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

OBIETTIVI ORGANIZZATIVI

| OBIETTIVI  | AZIONI   | INDICATORI   | VALORE NEGOZIATO | RANGE |      | PESO |
|--|--|--|------------------|-------|------|------|
|  |  |  |                  | MIN   | MAX  |      |
| D1a<br>Promuovere la riorganizzazione e la razionalizzazione dei servizi territoriali in aderenza alle linee di indirizzo regionali e alla programmazione aziendale per:<br>- efficientare il sistema<br>- assicurare percorsi di presa in carico dei pazienti efficaci ed appropriati | Partecipazione alle riunioni della Direzione Sanitaria finalizzate anche alla revisione organizzativa dei Servizi territoriali<br><br>Stesura dei regolamenti per l'accesso alle strutture territoriali (FP, RSA, strutture psichiatriche, strutture per disabili...) e stesura dei manuali per l'effettuazione delle verifiche e dei controlli nelle strutture.<br>Presentare l'elenco dei documenti da redigere entro il 31 marzo 2016 | N. partecipazioni/ n. convocazioni   | 100%             | 95%   | 100% | 1    |
| D1b<br>Promuovere la riorganizzazione dei servizi di NPI e dell'età evolutiva su base aziendale e distrettuale   | Stesura piano di riorganizzazione complessiva dei servizi aziendali con individuazioni strutture, attività e obiettivi da realizzare<br><br>Attivazione percorso dimissione precoce informatizzato in Ai@ate come da progetto regionale:<br>- Utilizzo modulo InterRAI HC (Home Care) per la gestione dell'assistenza domiciliare<br>- Utilizzo modulo InterRAI PC (Palliative Care) per la gestione delle Cure palliative               | Presentazione piano di riorganizzazione entro il 31 marzo 2016<br><br>N° gestioni informatizzate da parte delle CAS o UMV territoriali/ n. richieste ospedaliere<br><br>N° gestioni informatizzate da parte delle CAS o UCP territoriali/ n. richieste ospedaliere | 100%             | 95%   | 100% | 2    |
| D3a<br>Promuovere e qualificare l'integrazione territorio-ospedale   | Avvio programma operativo di sanità di iniziativa del progetto aziendale per il Diabete Mellito tipo II così come stabilito a livello distrettuale   | N. pazienti seguiti con programma di sanità di iniziativa/ n. pazienti eleggibili al programma con rilevazione degli indicatori dell'allegato 1v pag 29 DGR 933/2014   | 100%             | 80%   | 100% | 1    |
| D5<br>Piena attivazione POTA Diabete tipo 2 come da DGR 933/2014 e Delibera del Direttore Generale n. 967 del 16.10.2015 al fine di garantire percorsi integrati e di qualità per la presa in carico dei pazienti affetti da diabete mellito tipo II                                   |  |  |                  |       |      | 2    |


 Dr. Stefano Federici

Direttore Distretto di Terni

A.USL. UMBRIA N. 2

SCHEDA OBIETTIVI DIS TERNI



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DISTRETTO di TERNI

Responsabile Dr. Stefano Federici

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| Organ                        |   |  |  |      |    |
|------------------------------|---|--|--|------|----|
| 136                          | Promuovere l'implementazione dei percorsi diagnostico - terapeutici (PDTA) deliberati dalla Regione Umbria al fine di garantire percorsi integrati e di qualità per la presa in carico delle diverse tipologie di pazienti assicurando la migliore sequenza temporale e spaziale possibile degli interventi da effettuare | Attuazione con il supporto del Servizio Qualità e Accreditamento :<br>- DGR n. 41 del 28/01/2014 "Linee di indirizzo per il trattamento della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)"<br>- DGR n. 562 del 26/05/2014 "Linee di indirizzo sul percorso prescrittivo di ausili tecnologici per la comunicazione in età evolutiva all'interno del progetto riabilitativo individualizzato"<br>- DGR n. 563 del 26/05/2014 "Linee di indirizzo sulla prescrizione protesica di sistemi molareo-posturali in età evolutiva all'interno del progetto riabilitativo individualizzato"<br>- DGR n. 330 del 15/04/2013 "Linee di indirizzo per la diagnosi precoce e la presa in carico multi professionale sui disturbi specifici del linguaggio"<br>- DGR n. 234 del 10/03/2014 "Revisione DGR n. 321/2006 "Percorsi prescrittivi protesici acustiche in età adulta" | Relazione dell'agibilità di verifica di attivazione del percorso in relazione alla programmazione stabilita e rendicontazione obiettivi raggiunti rispetto agli indicatori individuali | 100% | 3  |
| 137                          | Promuovere l'attivazione di un modello omogeneo di assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari   | Implementazione delle modalità organizzative stabilite a livello regionale e aziendali per l'assistenza primaria e l'assistenza specialistica negli Istituti penitenziari  | Verifica della % di rispondenza del modello con quello stabilito   | 100% | 2  |
| PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI |   |  |  |      | 14 |

Dr. Federici Stefano  
Direttore Distretto di Terni  
AUSL UMBRIA N. 2



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DISTRETTO DI TERNI

Responsabile Dr. Stefano Federici

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| OBIETTIVI                        | AZIONI  | INDICATORI  | VALORE<br>NEGOTIATO  | RANGE            |            | PESO         |
|----------------------------------|---|---|--|------------------|------------|--------------|
|                                  |   |   |  | MIN              | MAX        |              |
| <i>GLI OBIETTIVI DI ATTIVITÀ</i> |   |   |  |                  |            |              |
| E.1a<br>E.1b                     | Promuovere la prevenzione delle malattie infettive                                    | Garantire adeguati livelli di copertura vaccinale in collaborazione con DIP, MMG e PLS  | Tasso copertura vaccinale MPR nei bambini<br>Tasso copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani > 65 anni  | ≥ 95<br>≥ 75     | 90%<br>70% | 100%<br>100% |
| E.2a                             | Promuovere la prevenzione delle malattie oncologiche                                  | Miglioramento dei tassi di adesione per i 3 programmi degli screening oncologici  | Tasso adesione screening citologico<br>Tasso adesione screening mammografico   | > 55%<br>> 62,7% | 50%<br>60% | 100%<br>100% |
| E.2c                             |   |   | Tasso adesione screening colon retto   | > 42,8%          | 40%        | 100%         |
| E.3a                             |   | Assicurare adeguati livelli di presa in carico per gli anziani e distribuzione dei divelli del CIA (Coefficiente di Intensità Assistenziale) nei 4 livelli previsti (numero di prese in carico per CIA dato il numero di GEA (giornate effettiva assistenza)) | % di anziani >65 anni trattati in ADI  | 3,50%            | 3%         | 4%           |
| E.4b                             | Migliorare e qualificare la presa in carico dei pazienti nelle cure domiciliari       | Attivazione UCP e presa in carico dei pazienti con piena attivazione della rete delle UCP in aderenza alla Delibera del Direttore Generale n. 645 del 25/07/2014;   | Monitoraggio su base trimestrale della distribuzione del CIA per i 4 livelli previsti rispetto alla % per liello definita dagli standard, ovvero:<br>CIA 0 livello 0,13<br>CIA 1 livello 0,14-0,30<br>CIA 2 livello 0,31-0,50<br>CIA 3 livello 0,51-0,60<br>CIA 4 livello 0,61-1<br>con analisi ei motivi di diversa distribuzione percentuale | 100%             |            |              |
| E.4a                             | Migliorare e qualificare l'assistenza ai malati terminali                             | Attivazione UCP e presa in carico dei pazienti con piena attivazione della rete delle UCP in aderenza alla Delibera del Direttore Generale n. 645 del 25/07/2014;   | Tasso utilizzo PL Hospice<br>N. pazienti seguiti a domicilio dalle UCP/ n. richieste arrivare all'UCP  | ≥ 80 %<br>100%   | 75%<br>90% | 80%<br>100%  |
| E.5                              | Migliorare e qualificare l'assistenza ai pazienti inseriti nelle strutture intermedie | Permanenza nelle strutture di RSA   | Degenza media  | < 60,99          | 85,99      | 30,99        |

Dr. Federici Stefano

Direttore del Distretto di Terni

A.U.S.L. UMBRIA N. 2

23/02/2016



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DISTRETTO di TERNI

Responsabile Dr. Stefano Federici

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| PESO OBIETTIVI DI ATTIVITA' |  | 15  |  |   |                |             |      |
|-----------------------------|--|---|--|---|----------------|-------------|------|
| E.6                         | Migliorare e qualificare l'assistenza ai pazienti inseriti nelle strutture residenziali  | Identificazione trattamenti residenziali per anziani nei nuclei R2D   | Inserimento anziani rispetto alla tipologia di bisogno con identificazione degli inserimenti R2D   | 100%  |                |             | 1    |
| E.7a                        | Migliorare e qualificare l'assistenza nei servizi dell'età evolutiva e della neuropsichiatria infantile anche al fine di uniformare le procedure di accoglienza, di presa in carico e di gestione dei percorsi | Garantire le corrette modalità organizzative ed erogative per la gestione dell'offerta delle prestazioni cliniche dei servizi | Volume di attività prestazioni di accesso ai servizi   | ≥ anno 2015   | < 2% anno 2015 | ≥ anno 2015 | 1    |
| E.7b                        |  |   | Aderenza agli iter di presa in carico per la diversa tipologia di pazienti che accedono ai servizi | 100%  |                |             | 1    |
| E.7c                        | Sorveglianza malattie rare   | Garantire il contenimento dei tempi di attesa e l'equità di accesso ai servizi  | Rispetto dei tempi di attesa per le visite di primo accesso (30 gg)                                | 90%   | 80%            | 100%        | 1    |
| E.8                         |  |   | Completamento alimentazione registro   | N. inserimento registrazioni pregresse/n. certificazioni da inserire nel registro | 100%           | 90%         | 100% |

Dr. Federico Stefano  
Direttore Distretto di Terni  
A.U.S.L. UMBRIA N. 2



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA  
DIREZIONE AZIENDALE  
UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE

DISTRETTO DI TERNI

Responsabile Dr. Stefano Federici

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| OBIETTIVI   | AZIONI  | INDICATORI  | VALORE NEGOZIATO   | RANGE                              |            | PESO                |     |   |
|---|---|---|--|------------------------------------|------------|---------------------|-----|---|
|   |   |   |  | MIN                                | MAX        |                     |     |   |
| <b>F. OBIETTIVI DI QUALITÀ, DI APPROPRIATEZZA E DI SICUREZZA DELLE CURE</b> |   |   |  |                                    |            |                     |     |   |
| F1a   | 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 SGO, per assicurare gli standard e i livelli di conformità previsti dalle norme di riferimento ISO   | Strutturazione del programma specifico per la struttura   | Sottoscrizione obiettivi specifici da allegare alla scheda di budget | entro febbraio 2016                | marzo 2016 | entro febbraio 2016 | 2   |   |
| F1b   | Conseguimento obiettivi sottoscritti con il Servizio Qualità e accreditamento   | Obiettivi conseguibili/obiettivi previsti   | 100%   |                                    |            |                     | 2   |   |
| F2a   | Promuovere la cultura del risk management e della gestione del rischio clinico al fine di identificare i potenziali rischi e le risposte adeguate perseguendo obiettivi aziendali strategici ben definiti.  | Perseguimento programma specifico per la Macrostrutturazione e le strutture di pertinenza   | Sottoscrizione obiettivi specifici da allegare alla scheda di budget | entro febbraio 2016                | marzo 2016 | entro febbraio 2016 | 1   |   |
| F2b   | Conseguimento obiettivi sottoscritti  | Obiettivi conseguibili/obiettivi previsti   | 100%   |                                    |            |                     | 2   |   |
| F3  | Promuovere le attività di promozione della Salute in aderenza a quanto previsto dal Piano della Prevenzione con il supporto del Servizio Promozione della Salute  | Programmazione delle attività distrettuali di promozione della salute in linea con il PRP   | Attività realizzate /attività previste                               | 100%                               | 90%        | 100%                | 2   |   |
| F4a   | Promuovere l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica, l'appropriatezza prescrittiva di specialistica ambulatoriale e l'appropriatezza degli interventi di salute anche attraverso il governo, la gestione e il monitoraggio degli obiettivi previsti dagli Accordi decentrati per la Medicina Generale, per la Continuità Assistenziale e per la Pediatria di Libera Scelta. | Monitoraggio e controllo, anche in collaborazione con il DAF e con i servizi specialistici interessati sia territoriali che ospedalieri, degli obiettivi specifici previsti dagli accordi e analisi dei fenomeni correlati con il livello di appropriatezza prescrittiva al fine di individuare le situazioni che necessitano di interventi di miglioramento. | Spesa pro-capite assistenza farmaceutica territoriale                | 4 analisi sui monitoraggi prodotti | 132,00     | 144                 | 132 | 1 |
| F5  | Garantire la gestione appropriata nell'utilizzo dei beni sanitari per le strutture di pertinenza  | Monitoraggio della richiesta/consumo dei beni sanitari  | Rispetto della cifra economica assegnata dal servizio farmaceutico   | 100%                               | 95%        | 100%                | 1   |   |

abilità, Appropriatezza e Sicurezza delle Cure

Dr. Federico Stefano  
Responsabile  
23/01/2016  
A.S.T. UMBRIA N. 1



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DISRETTO DI TERNI

Responsabile Dr. Stefano Federici

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| Qu   |  | F6a                              |  | F6b                                   |  | F6c   |  | F6d   |  |
|--|--|----------------------------------|--|---------------------------------------|--|---|--|---|--|
| Monitoraggio dei costi dell'assistenza integrativa |  | Spesa per assistenza integrativa |  | Spesa pro-capite assistenza protesica |  | Numero prescrizioni nel rispetto dei protocolli/numero totali di prescrizioni di prodotti per la nutrizione artificiale |  | Monitoraggio consumi per trasporti sanitari con analisi dell'agibilità delle richieste effettuate dai servizi |  |
| 2.400.000  |  | 2.450.000                        |  | 20,0                                  |  | 100%  |  | 4 analisi sui monitoraggi prodotti  |  |
| 2.400.000  |  | 21,0                             |  | 20,0                                  |  | 95%   |  |   |  |
| 1  |  | 1                                |  | 1                                     |  | 1   |  | 1   |  |

| Piani Attuativi  |  | G2  |  | G1b   |  |
|--|--|---|--|---|--|
| Attuazione delle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2016-2018 |  | Mappatura processi e individuazione attività di rischio   |  | Conseguimento obiettivi sottoscritti  |  |
| Attuazione delle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale per l'Integrità e la Trasparenza             |  | Pubblicazione nel sito aziendale sezione "Amministrazione Trasparente" quanto di propria competenza |  | Numero pubblicazioni effettuate/numero pubblicazioni dovute sul sito aziendale nei termini previsti dal piano triennale |  |
| 5  |  | 100%  |  | 100%  |  |
| 5  |  | 10  |  | 10  |  |

PIANO OBIETTIVI QUANTITATIVI, APPROPRIATEZZA, SICUREZZA DELLE CURE

6. OBIETTIVI PER LA REALIZZAZIONE DEI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI

OBIETTIVI

AZIONI

INDICATORI

VALORE NEGOCIATO

MIN

RANGE MAX

PESO

20

Dr. Federici Stefano  
Direttore Distretto di Terni

A.U.S.L. UMBRIA N. 2



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DISTRETTO DI TERNI

Responsabile Dr. Stefano Federici

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

|  | PESO TOTALE | 100 |
|--|-------------|-----|
|--|-------------|-----|

NOTA A  
E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura, nonché del/i responsabile/i di posizione organizzativa illustrare e condividere, con tutto il personale afferente la struttura, gli obiettivi gestionali assegnati. L'assolvimento degli obblighi di legge in merito a prevenzione della corruzione, trasparenza ed integrità in capo ai responsabili di struttura (dirigenti e titolari P.O.) costituisce condizione di accesso all'Istituto della retribuzione di risultato/productivity collettiva per detti soggetti.

NOTA B  
L'illustrazione e condivisione degli obiettivi a tutto il personale della struttura vanno verbalizzate e i verbali redatti con individuazione dei convocati e le firme dei presenti vanno trasmessi al Controllo di Gestione entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi e/o dei piani specifici.

NOTA C  
L'illustrazione e la condivisione va fatta anche per tutti gli altri piani, se assegnati alla struttura (qualità e accreditamento, rischio clinico), per consentire la piena attuazione. I momenti di illustrazione e condivisione vanno verbalizzati.

NOTA D  
Tale operatività rappresenta obiettivo specifico del Direttore/Responsabile nonché del/i responsabile/i di posizione organizzativa utile ai fini della sua valutazione individuale. E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura e di tutti gli altri Valuatori 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.

NOTA E  
Tutte le schede previste sottoscritte dal valutatore e dal valutato vanno trasmesse all'Ufficio Relazioni Sindacali e Politiche del Personale entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi gestionali. Tali schede previste dovranno essere valutate per gli item A entro il 28.2.2017 e trasmesse all'Ufficio Relazioni Sindacali entro il 30.3.2017.

NOTA F  
Tali operatività rappresentano obiettivo specifico del Valutatore utile ai fini della valutazione individuale del valutatore. 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 2017.

NOTA G  
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

15 FEB 2016

Timbro e Firma Direzione

28 Feb 2016  
Dr. Federici Stefano

Direttore Distretto di Terni  
A.U.S. L. UMBRIA N. 2



SCHEDA OBIETTIVI  
 AREA SANITARIA  
 DIREZIONE AZIENDALE  
 UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE  
 DISTRETTO di FOLLIGNO

Responsabile Dr.ssa Paola Menichelli

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| Contabilità Generale e Analitica |   | A - OBIETTIVI PER LA GESTIONE E RENDICONTAZIONE DELLE RISORSE E DI EQUILIBRIO ECONOMICO  |  | VALORE MESSURATO |        | RANGE |   | PESO |
|----------------------------------|---|--|--|------------------|--------|-------|---|------|
| INDICATORI                       | AZIONI  | INDICATORI   | VALORE MESSURATO   | MIN              | MAX    |       |   |      |
| V1                               | 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%  | 3 |      |
| A21                              | Puntuale registrazione del DdT e del MAP in tutte le situazioni possibili   | Puntuale registrazione del DdT e del MAP   | entro il 10 del mese successivo  | 100%             |        |       | 1 |      |
| V21                              | Rispettare le procedure amministrative contabili inerenti il ciclo passivo  | Puntuale schedulazione (pre-ordine) nei casi in cui non è possibile la registrazione del DdT e del MAP   | entro il 10 del mese successivo  | 100%             |        |       | 1 |      |
| A22                              | Rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori e gestione fatture pagheggiate  | Rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori e gestione fatture pagheggiate   | N. liquidazioni emesse entro i 60 giorni dall'arrivo della fattura/ n. liquidazioni totali     | 100%             |        |       | 1 |      |
| V3                               | 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  | 100% entro il 10 del mese successivo   | 100% (MC = 0)    |        |       | 1 |      |
| V4                               | Assicurare la gestione e la rendicontazione del PRINA<br>Obiettivi connessi all'attuazione della legge regionale 04 giugno 2008, n. 9 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni" | Rendicontazione dell'utilizzo delle risorse per tipologia di assistenza nel rispetto delle risorse di budget assegnate con utilizzo dei formati stabiliti    | Relazione sulle attività svolte (art. 18) e alimentazione formati di rendicontazione dei costi | 100%             |        |       | 2 |      |
| PESO OBIETTIVI ECONOMICI 9       |   |  |  |                  |        |       |   |      |

| B - OBIETTIVI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DEI DATI E DEI RENDICONTATIVI |        | VALORE MESSURATO |     | RANGE |  | PESO |
|---|--------|------------------|-----|-------|--|------|
| INDICATORI  | AZIONI | VALORE MESSURATO | MIN | MAX   |  |      |
| OBIETTIVI   |        |                  |     |       |  |      |
| AZIONI  |        |                  |     |       |  |      |



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DISTRETTO di FOLIGNO

Responsabile *Drs.ssa Paola Menichelli*

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

|  |   |  |                          |            |             |          |
|--|---|--|--------------------------|------------|-------------|----------|
| <p><b>B1</b></p> <p>Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati con alimentazione dei flussi informativi di governo NSIS</p> | <p>Corretta tenuta dei flussi di governo (STS, FLS, ...) nel rispetto della procedura aziendale di riferimento, attraverso la puntualità, tempestività, pertinenza e corretta registrazione dei dati per la copertura quantitativa e qualitativa dei dati con soddisfazione del debito informativo NSIS</p> | <p>Trasmissione dei flussi nel rispetto delle modalità, della completezza, della qualità, della scadenza previste dalle disposizioni nazionali e regionali in aderenza alle procedure aziendali che prevede i seguenti indicatori:<br/>% modelli STS14 inviati rispetto alle strutture in STS; 11 che hanno segnalato la presenza di apparecchiature<br/>% modelli STS21 inviati rispetto al numero dei modelli STS; 11 che rilevano le strutture che erogano assistenza specialistica. Terminale<br/>% modelli STS24 inviati rispetto al numero dei modelli STS; 11 che rilevano le strutture che erogano assistenza anziani e disabili</p> | <p>100%<br/>(NC = 0)</p> | <p>95%</p> | <p>100%</p> | <p>3</p> |
| <p>N2a</p>   | <p>Alimentazione del sistema All@nle (puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati) per il flusso SIAD</p>  | <p>Completezza della rilevazione entro il 31.01.2017 di:<br/>% di utenti senza errori di informazioni anagrafiche<br/>% di utenti senza errori di anagrafiche di servizio<br/>% di utenti con valutazione completata entro 80 gg.<br/>% di congruità del quadro H del FLS 21 con il flusso SIAD</p>  | <p>100%</p>              | <p>95%</p> | <p>100%</p> | <p>3</p> |



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA  
DIREZIONE AZIENDALE  
UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE

DISTRETTO di FOLIGNO

Responsabile *Dr.ssa Paola Menichelli*

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| Flussi Informativi |  | PESO OBIETTIVI FLUSSI INFORMATIVI   |   |      |     |      |   |
|--------------------|--|---|---|------|-----|------|---|
| 132a               | Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati da parte dei Servizi distrettuali e delle strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali a gestione diretta e a gestione indiretta nel SW All@nte con alimentazione dei rispettivi flussi | Alimentazione del sistema All@nte (puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati) per il flusso FAR per gli anziani      | Completezza della rilevazione entro il 31.01.2017 di:<br>% di utenti senza errori di informazioni anagrafiche<br>% di utenti senza errori di anagrafiche di servizio<br>% di utenti con valutazione completata entro 180 gg.<br>% di congruità del quadro F del STS 24 con il flusso FAR - semiresidenzialità<br>% di congruità del quadro G del STS 24 con il flusso FAR - residenzialità  | 100% | 95% | 100% | 3 |
| 132b               | Alimentazione del sistema All@nte (puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati) per i disabili  | Alimentazione del sistema All@nte (puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati) per il flusso FAR per i disabili       | Completezza della rilevazione entro il 31.01.2017 di:<br>% di utenti senza errori di informazioni anagrafiche<br>% di utenti senza errori di anagrafiche di servizio<br>% di utenti con valutazione completata entro 180 gg.<br>% di congruità del quadro F del STS 24 con il flusso FAR - semiresidenzialità<br>% di congruità del quadro G del STS 24 con il flusso FAR - residenzialità<br>Avvio utilizzo scheda SVAMMI informatizzata | 100% | 95% | 100% | 3 |
| 132c               | Alimentazione del sistema All@nte (puntuale, tempestiva, pertinente, verifica e corretta registrazione dei dati) per il flusso ETA' EVOLUTIVA  | Alimentazione del sistema All@nte (puntuale, tempestiva, pertinente, verifica e corretta registrazione dei dati) per il flusso ETA' EVOLUTIVA | Completezza della rilevazione entro il 31.01.2017 di:<br>% di utenti senza errori di informazioni anagrafiche<br>% di utenti senza errori di anagrafiche di servizio<br>% di utenti con valutazione completata entro 180 gg.<br>% di congruità del quadro F del STS 24 con il flusso NPI - SEE - semiresidenzialità<br>% di congruità del quadro G del STS 24 con il flusso NPI - SEE - residenzialità                                    | 100% | 95% | 100% | 3 |

PESO OBIETTIVI FLUSSI INFORMATIVI

OBIETTIVI DI CONSEGNA DELLE LISTE DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATA TORRELLI

15



SCHEDA OBIETTIVI  
 AREA SANITARIA  
 DIREZIONE AZIENDALE  
 UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE

DISTRETTO di FOLIGNO

Responsabile Dr.ssa Paola Marchetti

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| OBIETTIVO  | AZIONE   | INDICATORI   | VALORE<br>NEGOCIATO |        | RANGE  |     | PESO |
|--|--|--|---------------------|--------|--------|-----|------|
|  |  |  | MIN                 | MAX    | MIN    | MAX |      |
| C1a<br>Migliorare e qualificare le modalità organizzative ed erogative nella gestione dell'offerta delle prestazioni ambulatoriali per garantire:  | Definizione volumi di attività prestazioni ambulatoriali   | Rispetto dei volumi di attività offerti a CUP per le prestazioni istituzionali (comprese quelle domiciliari radone previsto). Tale tetto determina anche il volume massimo di prestazioni ALPI per la struttura che deve essere inferiore. | 79.000              | 76.000 | 79.000 |     | 2    |
|  |  | Percentuale di prestazioni prenotate sul totale delle prestazioni erogate  | 85%                 | 80%    | 100%   |     | 1    |
|  | Monitoraggio erogazione delle prestazioni  | % di prestazioni erogate nei tempi previsti per RAO (RAO U=3gg; B=10gg; D=30/60gg; P=360 gg) e per i non RAO (30 gg)   | 90%                 | 85%    | 100%   |     | 2    |
|  | Monitoraggio tempi di attesa delle prestazioni RAO e delle prestazioni non RAO   | Validazione dell'offerta/validazione totale con % di rilevazione della concordanza per le prestazioni RAO per le prestazioni che lo prevedono  | 100%                | 95%    | 100%   |     | 2    |
| C1b<br>Il mantenimento di adeguati e appropriati livelli dell'offerta rispetto alla domanda, il contenimento dei tempi di attesa, l'efficienza organizzativa del sistema, l'equità di accesso ai servizi ambulatoriali | Validazione dell'offerta nei servizi con monitoraggio della concordanza RAO, per le prestazioni che lo prevedono, nel rispetto della procedura aziendale | Validazione della sospensione della procedura prevista per la gestione della sospensione delle agende  | 100% (MC = 0)       | 95%    | 100%   |     | 1    |
|  | Gestione sospensione delle agende nel rispetto della procedura aziendale   | N. richieste prestazioni dentali/radiologiche / N. richieste totali  | 100%                | 80%    | 100%   |     | 2    |
| C1c<br>Promuovere la dematerializzazione delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale al fine di efficientare i sistemi e facilitare la presa in carico dei pazienti  | Pieno utilizzo del ricettario elettronico da parte di tutti i medici prescrittori della struttura evitando di inviare il paziente al MMG/PLS             |  |                     |        |        |     |      |
| C1d<br>Liste di attesa   |  |  |                     |        |        |     |      |
| C1e<br>Liste di attesa   |  |  |                     |        |        |     |      |
| C1f<br>Liste di attesa   |  |  |                     |        |        |     |      |

PESO OBIETTIVI LISTE ATTESA

10

| OBIETTIVI  | AZIONI  | INDICATORI                         | VALORE<br>NEGOCIATO |     | RANGE |     | PESO |
|--|---|------------------------------------|---------------------|-----|-------|-----|------|
|  |   |                                    | MIN                 | MAX | MIN   | MAX |      |
| M1a<br>Promuovere la riorganizzazione e la razionalizzazione dei servizi sanitari in | Partecipazione alle riunioni della Direzione Sanitaria finalizzate anche alle revisioni organizzative del Servizio territoriali | N. partecipazioni / n convocazioni | 100%                | 95% | 100%  |     | 1    |



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DISTRETTO di FOLIGNO

Responsabile Dr.ssa Paola Menichelli

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

|   |   |  |      |     |      |   |
|---|---|--|------|-----|------|---|
| <p>D1h<br/>aderenza alle linee di indirizzo regionali e alla programmazione aziendale per:<br/>- efficientare il sistema<br/>- assicurare percorsi di presa in carico dei pazienti efficaci ed appropriati</p>  | <p>Sicurezza dei regolamenti per l'accesso alle strutture territoriali (IRP, RSA, strutture psichiatriche, strutture per disabili, ...) e sicurezza dei manuali per l'esecuzione delle verifiche e dei controlli nelle strutture.<br/>Presentareelenco dei documenti da redigere entro il 31 marzo 2016</p> | <p>N. regolamenti e manuali redatti/ numero totali da redigere</p>   | 100% | 95% | 100% | 2 |
| <p>D2<br/>Promuovere la riorganizzazione dei servizi di MPI e dell'età evolutiva su base aziendale e distrettuale</p>   | <p>Sicurezza piano di riorganizzazione complessiva dei servizi aziendali con individuazioni strutture, attività e obiettivi da realizzare</p>   | <p>Presentazione piano di riorganizzazione entro il 31. marzo 2016</p>   | 100% |     |      | 2 |
| <p>D3a<br/>Promuovere e qualificare l'integrazione territorio-ospedale</p>  | <p>Attivazione percorso dimissione precoce informatizzato in All@rnte come da progetto regionale:<br/>- Utilizzo modulo InterRAI HC (Home Care) per la gestione dell'assistenza domiciliare<br/>- Utilizzo modulo InterRAI PC (Palliative Care) per la gestione delle Cure palliative</p>                   | <p>N° gestioni informatizzate da parte delle Cds o UIV territoriali/ n. richieste ospedaliere</p>  | 100% | 95% | 100% | 1 |
| <p>D3b<br/>Piena attivazione PDTA Diabete tipo 2 come da DGR 933/2014 e Delibera del Direttore Generale n. 367 del 16.10.2015 al fine di garantire percorsi integrati e di qualità per la presa in carico dei pazienti affetti da diabete mellito tipo II</p> | <p>Avvio programma operativo di sanità di iniziativa del progetto aziendale per il Diabete Mellito tipo II così come stabilito a livello distrettuale</p>   | <p>N. pazienti seguiti con programma di sanità di iniziativa/ n. pazienti seguiti al programma con rilevazione degli indicatori dell'allegato IV pag 29 DGR 933/2014</p> | 100% | 80% | 100% | 3 |

Organizzazione



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITÀ AMALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE

DIREZIONE AZIENDALE  
DISTRETTO DI FOLIGNO

Responsabile *Drs.ssa Paola Meichetti*

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

|  |  |  |             |          |
|--|--|--|-------------|----------|
| <p>14</p> <p>Promuovere l'implementazione dei percorsi diagnostico - terapeutici (PDTA) elaborati dalla Regione Umbra al fine di garantire percorsi integrati e di qualità per la presa in carico delle diverse tipologie di pazienti assicurando la migliore sequenza temporale e spaziale possibile degli interventi da effettuare</p> | <p>Attuazione con il supporto del Servizio Qualità e Accreditamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- DGR n. 41 del 28/01/2014 "Linee di indirizzo per il trattamento della Broncopolmonopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)"</li> <li>- DGR n. 962 del 29/05/2014 "Linee di indirizzo sul percorso prescrittivo di ausili tecnologici per la comunicazione in età evolutiva all'interno del progetto riabilitativo individualizzato"</li> <li>- DGR n. 563 del 29/05/2014 "Linee di indirizzo sulla prescrizione protesica di sistemi motorio-posturali in età evolutiva all'interno del progetto riabilitativo individualizzato"</li> <li>- DGR n. 330 del 15/04/2013 "Linee di indirizzo per la diagnosi precoce e la presa in carico multi professionale sui disturbi specifici del linguaggio"</li> <li>- DGR n. 234 del 10/03/2014 "Revisione DGR n. 321/2006 "Percorsi prescrittivi protesici acustiche in età adulta"</li> </ul> | <p>Relazione dettagliata di verifica di attuazione del percorso in relazione alla programmazione statistica e rendicontazione obiettivi raggiunti rispetto agli indicatori individuali</p> | <p>100%</p> | <p>4</p> |
|--|--|--|-------------|----------|

**PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI**

| OBIETTIVI |  | AZIONI |  | INDICATORI                                 |  | VALORE MEDIANO |         | RANGE |     | PESO |   |
|-----------|--|--------|--|--|--|----------------|---------|-------|-----|------|---|
| E1a       | E1b  | E1a    | E1b  | E1a  | E1b  | MIN            | MAX     | MIN   | MAX |      |   |
|           | Promuovere la prevenzione delle malattie infettive |        | Garantire adeguati livelli di copertura vaccinale in collaborazione con DIP, MMG e PLS | Tasso copertura vaccinale NPIR nei bambini | Tasso copertura vaccinale antinfluenza negli anziani > 65 anni | ≥ 95           | ≥ 75    | 90%   | 70% | 100% | 1 |
|           |  |        |  | Tasso adesione screening oncologico        | Tasso adesione screening mammografico                          | > 55%          | > 62,7% | 50%   | 60% | 100% | 1 |
|           |  |        | Miglioramento del tasso di adesione per i 3 programmi degli screening oncologici       |  |  |                |         |       |     |      | 1 |



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA  
DIREZIONE AZIENDALE  
UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' AMALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE

DISTRETTO di FOLIGNO

Responsabile *D.ssa Paola Menichelli*

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| Attività | Descrizione  | Indicatore  | Valore      | Obiettivo      | Obiettivo   | Obiettivo | Obiettivo |
|----------|--|---|-------------|----------------|-------------|-----------|-----------|
| E3c      |  | Tasso adesione screening colon retto  | > 42,8%     | 40%            | 100%        |           | 1         |
| E3a      | Migliorare e qualificare la presa in carico dei pazienti nelle cure domiciliari  | % di anziani >65 anni trattati in ADI   | 3,50%       | 3%             | 4%          |           | 1         |
| E3b      | Migliorare e qualificare l'assistenza ai malati terminali  | Monitoraggio su base trimestrale della distribuzione dei CIA per i 4 livelli previsti rispetto alla % per livello definita dagli standard, ovvero:<br>CIA 0 livello 0,13<br>CIA 1 livello 0,14-0,30<br>CIA 2 livello 0,31-0,50<br>CIA 3 livello 0,51-0,80<br>CIA 4 livello 0,61-1<br>con analisi ai motivi di diversa distribuzione percentuale | 100%        |                |             |           | 1         |
| E3d      | Migliorare e qualificare l'assistenza ai pazienti inseriti nelle strutture intermedie  | Attivazione UCP e presa in carico dei pazienti con piena attivazione della rete delle UCP in aderenza alla Delibera del Direttore Generale n. 845 del 25/07/2014;   | ≥ 80 %      | 75%            | 80%         |           | 1         |
| E5       | Migliorare e qualificare l'assistenza ai pazienti inseriti nelle strutture intermedie  | Permanenza nelle strutture di RSA   | 100%        | 80%            | 100%        |           | 1         |
| E6       | Migliorare e qualificare l'assistenza ai pazienti inseriti nelle strutture residenziali  | Degenza media   | < 80 gg.    | 85 gg.         | 30 gg.      |           | 1         |
| E7a      | Migliorare e qualificare l'assistenza ai pazienti inseriti nelle strutture residenziali  | Insediamento anziani rispetto alla tipologia di bisogno con identificazione degli inserimenti R2D   | 100%        |                |             |           | 1         |
| E7b      | Migliorare e qualificare l'assistenza ai pazienti inseriti nelle strutture residenziali  | Identificazione trattamento residenziale per anziani nei nuclei R2D   | 100%        |                |             |           | 1         |
| E7c      | Migliorare e qualificare l'assistenza nei servizi dell'età evolutiva e della neuropsichiatria infantile anche al fine di uniformare le procedure di accoglienza, di presa in carico e di gestione dei percorsi | Insediamento anziani rispetto alla tipologia di bisogno con identificazione degli inserimenti R2D   | 100%        |                |             |           | 1         |
| E7d      | Migliorare e qualificare l'assistenza nei servizi dell'età evolutiva e della neuropsichiatria infantile anche al fine di uniformare le procedure di accoglienza, di presa in carico e di gestione dei percorsi | Volume di attività prestazioni di accesso ai servizi  | ≥ anno 2015 | < 2% anno 2015 | ≥ anno 2015 |           | 1         |
| E7e      | Migliorare e qualificare l'assistenza nei servizi dell'età evolutiva e della neuropsichiatria infantile anche al fine di uniformare le procedure di accoglienza, di presa in carico e di gestione dei percorsi | Aderenza agli iter di presa in carico per la diversa tipologia di pazienti che accedono ai servizi  | 100%        |                |             |           | 1         |
| E7f      | Migliorare e qualificare l'assistenza nei servizi dell'età evolutiva e della neuropsichiatria infantile anche al fine di uniformare le procedure di accoglienza, di presa in carico e di gestione dei percorsi | Rispetto dei tempi di attesa per le visite di primo accesso (30 gg)   | 90%         | 80%            | 100%        |           | 1         |
| E7g      | Migliorare e qualificare l'assistenza nei servizi dell'età evolutiva e della neuropsichiatria infantile anche al fine di uniformare le procedure di accoglienza, di presa in carico e di gestione dei percorsi | Rispetto dei tempi di attesa per la conclusione del percorso valutativo   | 90%         | 80%            | 100%        |           | 1         |
| E7h      | Migliorare e qualificare l'assistenza nei servizi dell'età evolutiva e della neuropsichiatria infantile anche al fine di uniformare le procedure di accoglienza, di presa in carico e di gestione dei percorsi | Rispetto dei tempi di attesa per la conclusione del percorso terapeutico  | 90%         | 80%            | 100%        |           | 1         |



USL Umbria2

SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DISTRETTO DI FOLIGNO

Responsabile Dr.ssa Paola Menichelli

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

|    |                            |                                      |   |                                |     |      |   |
|----|----------------------------|--------------------------------------|---|--------------------------------|-----|------|---|
| ES | Sorveglianza malattie rare | Completamento alimentazione registro | N. inserimento registrazioni pregressi in certificazioni da inserire nel registro | 100%                           | 90% | 100% | 1 |
|    |                            |                                      |   | PESO OBIETTIVI DI ATTIVITA' 15 |     |      |   |

| F1a | DESCRIZIONE   | AZIONE  | INDICATORE  | VALORE INIZIALE                    | RAGGIUNGIUTA |                     | PESO |   |
|-----|---|---|---|------------------------------------|--------------|---------------------|------|---|
|     |   |   |   |                                    | 2016         | 2016                |      |   |
| F1a | 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 SGO per assicurare gli standard e i livelli di conformità previsti dalle norme di Accreditazione Istituzionale e dalle norme ISO | Strutturazione del programma specifico per la struttura<br>Conseguimento obiettivi sottoscritti con il Servizio Qualità e accreditamento  | Sottoscrizione obiettivi specifici da allegare alla scheda di budget<br>Obiettivi conseguibili/obiettivi previsti | entro febbraio 2016                | marzo 2016   | entro febbraio 2016 | 2    |   |
| F2a | Promuovere la cultura del risk management e identificare i potenziali rischi e le risposte adeguate perseguendo obiettivi aziendali strategici ben definiti.  | Perseguimento programma specifico per la Macrostrutturazione e la struttura di pertinenza<br>Conseguimento obiettivi sottoscritti   | Sottoscrizione obiettivi specifici da allegare alla scheda di budget<br>Obiettivi conseguibili/obiettivi previsti | entro febbraio 2016                | marzo 2016   | entro febbraio 2016 | 1    |   |
| F2b | Promuovere le attività di promozione della Salute in aderenza a quanto previsto dal Piano della Prevenzione con il supporto dal Servizio Promozione della Salute  | Programmazione delle attività distrettuali di promozione della salute in linea con il PRP   | Attività realizzate /attività previste  | 100%                               | 90%          | 100%                | 2    |   |
| F3  | Promuovere l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica, l'appropriatezza prescrittiva di specialistica ambulatoriale e l'appropriatezza degli interventi di salute attraverso il governo, la gestione e il monitoraggio degli obiettivi previsti dagli Accordi decentrali  | Monitoraggio e controllo, anche in collaborazione con il DAF e con i servizi specialistici interessati sia territoriali che ospedalieri, degli obiettivi specifici previsti dagli accordi e analisi dei fenomeni correlati con il livello di appropriatezza prescrittiva al | Spesa pro-capite assistenza farmaceutica territoriale   | 4 analisi sui monitoraggi prodotti | 132,00       | 144                 | 132  | 2 |
| F4b | Garantire la gestione appropriata nell'utilizzo dei beni sanitari per le strutture di pertinenza  | Monitoraggio della richiesta/consumo dei beni sanitari  | Rispetto della cifra economica assegnata dal servizio farmaceutico  | 100%                               | 95%          | 100%                | 1    |   |

Appropriatezza e Sicurezza delle Cure



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DISTRETTO di FOLIGNO

Responsabile *D.ssa Paola Marchetti*

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| Qualità  |  | F64                                |  | F65                                   |  | F66   |  |
|--|--|------------------------------------|--|---------------------------------------|--|---|--|
| Monitoraggio dei costi dell'assistenza integrativa   |  | Spesa per assistenza integrativa   |  | Spesa pro-capite assistenza protesica |  | Monitoraggio consumi per trasporti sanitari con analisi dell'età delle richieste effettuate dai servizi |  |
| Monitoraggio e controllo dei costi dell'assistenza protesica evidenziando per trimestre le criticità verso cui approntare azioni correttive    |  | 20.0                               |  | 21.0                                  |  | 20.0  |  |
| Monitoraggio e controllo dei costi dalla nutrizione artificiale evidenziando per trimestre le criticità verso cui approntare azioni correttive |  | 100%                               |  | 95%                                   |  | 100%  |  |
| Aderenza alla DGR 1024 del 2002 per assicurare l'appropriatezza autorizzativa della spesa per i trasporti sanitari                             |  | 4 analisi sui monitoraggi prodotti |  |                                       |  |   |  |
| Promuovere il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed autorizzativa  |  | 100%                               |  | 95%                                   |  | 100%  |  |
| F64  |  | 1                                  |  | 1                                     |  | 1   |  |

PESO OBIETTIVI QUALITÀ: APPROPRIATEZZA, SICUREZZA DELLE CURE

**5. OBIETTIVI PER LA REALIZZAZIONE DEL PIANO AZIENDALE**

| OBIETTIVI |  | AZIONI |  | INDICATORI          |  | RANGE               |  | PESO |  |
|-----------|--|--------|--|---------------------|--|---------------------|--|------|--|
|           |  |        |  | VALORE INIZIALE     |  | VALORE FINALE       |  |      |  |
|           |  |        |  | entro febbraio 2016 |  | entro febbraio 2016 |  | 5    |  |
|           |  |        |  | entro febbraio 2018 |  | entro febbraio 2018 |  | 10   |  |
|           |  |        |  | entro febbraio 2016 |  | entro febbraio 2016 |  | 5    |  |
|           |  |        |  | entro febbraio 2018 |  | entro febbraio 2018 |  | 10   |  |
|           |  |        |  | entro febbraio 2016 |  | entro febbraio 2016 |  | 5    |  |
|           |  |        |  | entro febbraio 2018 |  | entro febbraio 2018 |  | 10   |  |

Plan Attuativi

(1) Attuazione delle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2015-2018

Mappatura processi e individuazione attività di rischio

Sottoscrizione obiettivi specifici inseriti nel Piano Anticorruzione da allegare alla scheda di budget

Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti

Numero pubblicazioni effettuate/numero pubblicazioni dovute sul sito aziendale nei termini previsti dal piano triennale

100%

5



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DISTRETTO di FOLIGNO

Responsabile *Dr.ssa Paola Menichelli*

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

PESO OBIETTIVI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI

20

PESO TOTALE

400

**NOTA A**  
E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura, nonché del/i responsabile/i di posizione organizzativa illustrare e confermare, 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 trasmesse al Controllo di Gestione entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi e/o dei piani specifici.

**NOTA B**  
L'illustrazione e la conferma 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 al 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 su Individuati.  
Tutte le schede previste sottoscritte dal valutatore e dal valutato vanno trasmesse all'Ufficio Relazioni Sindacali e Politiche del Personale entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi gestionali.  
Tali operatività rappresentano obiettivi specifici del Valutatore utile ai fini della valutazione individuale del valutato.

**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 2017.

Sede e Data negoziazione

31 FEB. 2016

Firma Responsabile

Timbro e Firma Direzione



SCHEDA OBIETTIVI  
 AREA SANITARIA  
 DIREZIONE AZIENDALE  
 UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE

DISTRETTO di NARNI AMELIA

Responsabile Dr.ssa Anna Maria Pedotti

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| Contabilità Generale e Analitica  |  | A. OBIETTIVI PER LA GESTIONE E RENDICONTAZIONE DELLE RISORSE E DI EQUILIBRIO ECONOMICO         |                  |        |      |          |  |
|---|--|--|------------------|--------|------|----------|--|
| OBIETTIVI   | AZIONI   | INDICATORI   | VALORE NEGOZIATO | RANGE  |      | PESO     |  |
|   |  |  |                  | MIN    | MAX  |          |  |
| A1<br>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 vertice della spesa | Rispetto del budget assegnato complessivamente per tutti i fattori produttivi                  | 100%             | 99,99% | 100% | 3        |  |
| A2a   | Puntuale registrazione del DdT e del MAP in tutte le situazioni possibili  | entro il 10 del mese successivo  | 100%             |        |      | 1        |  |
| A2b<br>Rispettare le procedure amministrativo contabili inerenti il ciclo passivo   | Puntuale schedulazione (pre-ordine) nei casi in cui non è possibile la registrazione del DdT e del MAP   | entro il 10 del mese successivo  | 100%             |        |      | 1        |  |
| A2c   | Rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori e gestione fatture pariguegiate  | N. liquidazioni effettuati entro i 60 giorni dall'arrivo della fattural n. liquidazioni totali | 100%             |        |      | 1        |  |
| A3<br>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  | 100% entro il 10 del mese successivo   | 100%<br>(NC = 0) |        |      | 1        |  |
| A4<br>Assicurare la gestione e la rendicontazione del PRINA<br>Obiettivi connessi all'attuazione della legge regionale 04 giugno 2008, n. 9 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni" | Rendicontazione dell' utilizzo delle risorse per tipologia di assistenza nel rispetto delle risorse di budget assegnate con utilizzo dei format stabilito  | Relazione sulle attività svolte (art. 18) e alimentazione format di rendicontazione dei costi  | 100%             |        |      | 2        |  |
| <b>PESO OBIETTIVI ECONOMICI</b>   |  |  |                  |        |      | <b>9</b> |  |


**USL Umbria2**

 SCHEDA OBIETTIVI  
 AREA SANITARIA

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

DISTRETTO di NARNI AMELIA

 Responsabile *Dr.ssa Anna Maria Pettit*

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| OBIETTIVI   | AZIONI   | INDICATORI   | RANGE  |      |      | PESO |   |
|---|--|--|--|------|------|------|---|
|   |  |  | VALORE<br>ASCOZIATO  | MIN  | MAX  |      |   |
| <i>B1 OBIETTIVI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DEI DATI E DEI FLUSSI INFORMATIVI</i> |  |  |  |      |      |      |   |
| B1  | Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati con alimentazione dei flussi informativi di governo NSIS | <p>Trasmissione dei flussi nel rispetto delle modalità, della completezza, della qualità, delle scadenze previste dalle disposizioni nazionali e regionali in aderenza alla procedura aziendale che prevede i seguenti controlli:</p> <p>% modelli STS14 inviati rispetto alle strutture in STS.11 che hanno segnalato la presenza di apparecchiature</p> <p>% modelli STS21 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza specialistica. Territoriale</p> <p>% modelli STS24 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza anziani e disabili</p> | 100%<br>(NC = 0)   | 95%  | 100% | 3    |   |
| B2u   |  | <p>Corretta tenuta dei flussi di governo (STS, FLS.....) nel rispetto della procedura aziendale di riferimento, attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati per la copertura quantitativa e qualitativa dei dati con soddisfazione del debito informativo NSIS</p>  | <p>Completezza della rilevazione entro il 31.01.2017 di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>% di utenti senza errori di informazioni anagrafiche</li> <li>% di utenti senza errori di anagrafiche di servizio</li> <li>% di utenti con validazione completata entro 90 gg.</li> <li>% di congruità del quadro H del FLS 21 con il flusso SIAD</li> </ul> | 100% | 95%  | 100% | 3 |





**USL Umbria2**

 SCHEDA OBIETTIVI  
 AREA SANITARIA

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

DISTRETTO di NARNI AMELIA

 Responsabile *Dr.ssa Anna Maria Pettiti*

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| Flussi Informativi |  |   |  |      |     |      |   |
|--------------------|--|---|--|------|-----|------|---|
| B2b                | Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati da parte dei Servizi distrettuali e delle strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali i a gestione diretta e a gestione indiretta nel SW All@nte con alimentazione dei rispettivi flussi | Alimentazione del sistema All@nte (puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati) per il flusso FAR per gli anziani      | <p>Completezza della rilevazione entro il 31.01.2017 di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>% di utenti senza errori di informazioni anagrafiche</li> <li>% di utenti senza errori di anagrafiche di servizio</li> <li>% di utenti con valutazione completata entro 180 gg.</li> <li>% di congruità del quadro F del STS 24 con il flusso FAR -semiresidenzialità</li> <li>% di congruità del quadro G del STS 24 con il flusso FAR - residenzialità</li> </ul>  | 100% | 95% | 100% | 3 |
| B2c                |  | Alimentazione del sistema All@nte (puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati) per il flusso FAR per i disabili       | <p>Completezza della rilevazione entro il 31.01.2017 di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>% di utenti senza errori di informazioni anagrafiche</li> <li>% di utenti senza errori di anagrafiche di servizio</li> <li>% di utenti con valutazione completata entro 180 gg.</li> <li>% di congruità del quadro F del STS 24 con il flusso FAR -semiresidenzialità</li> <li>% di congruità del quadro G del STS 24 con il flusso FAR - residenzialità</li> <li>Avvio utilizzo scheda SVAMDI informatizzata</li> </ul> | 100% | 95% | 100% | 3 |
| B2d                |  | Alimentazione del sistema All@nte (puntuale, tempestiva, pertinente, veritiera e corretta registrazione dei dati) per il flusso ETA EVOLUTIVA | <p>Completezza della rilevazione entro il 31.01.2017 di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>% di utenti senza errori di informazioni anagrafiche</li> <li>% di utenti senza errori di anagrafiche di servizio</li> <li>% di utenti con valutazione completata entro 180 gg.</li> <li>% di congruità del quadro F del STS 24 con il flusso NPI - SEE-semiresidenzialità</li> <li>% di congruità del quadro G del STS 24 con il flusso NPI -SEE - residenzialità</li> </ul>  | 100% | 95% | 100% | 3 |

PESO OBIETTIVI FLUSSI INFORMATIVI

15





SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DISTRETTO di NARNI AMELIA

Responsabile *Dr.ssa Anna Maria Petiti*

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| ORGANIZZAZIONE | OBIETTIVI   | AZIONI   | DR. OBIETTIVI ORGANIZZATIVI | INDICATORI   | VALORE NEGOZIATO | RANGE |      | PESO |
|----------------|---|--|-----------------------------|--|------------------|-------|------|------|
|                |   |  |                             |  |                  | MIN   | MAX  |      |
| D1a            | Promuovere la riorganizzazione e la razionalizzazione dei servizi territoriali in aderenza alle linee di indirizzo regionali e alla programmazione aziendale per:<br>- efficientare il sistema<br>- assicurare percorsi di presa in carico dei pazienti efficaci ed appropriati | Partecipazione alle riunioni della Direzione Sanitaria finalizzate anche alla revisione organizzativa dei Servizi territoriali   |                             | N. partecipazioni/ n. convocazioni   | 100%             | 95%   | 100% | 1    |
| D1b            |   | Stesura dei regolamenti per l'accesso alle strutture territoriali (RP, RSA, strutture psichiatriche, strutture per disabili, ...) e stesura dei manuali per l'effettuazione delle verifiche e dei controlli nelle strutture.<br>Presentare l'elenco dei documenti da redigere entro il 31 marzo 2016 |                             | N. regolamenti e manuali redatti/ numero totale da redigere  | 100%             | 95%   | 100% | 2    |
| D2             | Promuovere la riorganizzazione dei servizi di NPI e dell'età evolutiva su base aziendale e distrettuale   | Stesura piano di riorganizzazione complessiva dei servizi aziendali con individuazione strutture, attività e obiettivi da realizzare   |                             | Presentazione piano di riorganizzazione entro il 31. marzo 2016  | 100%             |       |      | 2    |
| D3a            | Promuovere e qualificare l'integrazione territorio -ospedale  | Attivazione percorso dimissione precoce informatizzato in All@nle come da progetto regionale:<br>- Utilizzo modulo InterRAI HC (Home Care) per la gestione dell'assistenza domiciliare<br>- Utilizzo modulo InterRAI PC (Palliative Care) per la gestione delle Cure palliative                      |                             | N° gestioni informatizzate da parte delle CdS o UMV territoriali/ n. richieste ospedaliere   | 100%             | 95%   | 100% | 1    |
| D3b            |   |  |                             | N° gestioni informatizzate da parte delle CdS o UCP territoriali/ n. richieste ospedaliere   | 100%             | 95%   | 100% | 1    |
| D5             | Plena attivazione PDTA Diabete tipo 2 come da DGR 933/2014 e Delibera del Direttore Generale n. 967 del 16.10.2015 al fine di garantire percorsi integrati e di qualità per la presa in carico dei pazienti affetti da diabete mellito tipo II                                  | Avvio programma operativo di sanità di iniziativa del progetto aziendale per il Diabete Mellito tipo II così come stabilito a livello distrettuale   |                             | N. pazienti seguiti con programma di sanità di iniziativa/ n. pazienti eleggibili al programma con rilevazione degli indicatori dell'allegato IV pag 29 DGR 933/2014 | 100%             | 80%   | 100% | 3    |



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DISTRETTO DI NARNI AMELIA

Responsabile *Dr.ssa Anna Maria Pettiti*

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

|                                     |  |  |  |      |  |  |    |
|-------------------------------------|--|--|--|------|--|--|----|
| D6                                  | <p>Promuovere l'implementazione dei percorsi diagnostico - terapeutici (PDTA) deliberati dalla Regione Umbria al fine di garantire percorsi Integrati e di qualità per la presa in carico delle diverse tipologie di pazienti assicurando la migliore sequenza temporale e spaziale possibile degli interventi da effettuare</p> | <p>Attuazione con il supporto del Servizio Qualità e Accreditamento :<br/>- DGR n. 41 del 28/01/2014 "Linee di indirizzo per il trattamento della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)"<br/>- DGR n. 562 del 26/05/2014 "Linee di indirizzo sul percorso prescrittivo di ausili tecnologici per la comunicazione in età evolutiva all'interno del progetto riabilitativo individualizzato"<br/>- DGR n. 563 del 26/05/2014 "Linee di indirizzo sulla prescrizione protesica di sistemi motorio-posturali in età evolutiva all'interno del progetto riabilitativo individualizzato"<br/>- DGR n. 330 del 15/04/2013 "Linee di indirizzo per la diagnosi precoce e la presa in carico multi professionale sui disturbi specifici del linguaggio"<br/>- DGR n. 234 del 10/03/2014 "Revisione DGR n. 321/2006 "Percorsi prescrittivi protesi acustiche in età adulta"</p> | <p>Relazione dettagliata di verifica di attivazione del percorso in relazione alla programmazione stabilita e rendicontazione obiettivi raggiunti rispetto agli indicatori individuati</p> | 100% |  |  | 4  |
| <b>PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI</b> |  |  |  |      |  |  |    |
|                                     |  |  |  |      |  |  | 14 |



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DISTRETTO DI NARNI AMELIA

Responsabile Dr.ssa Anna Maria Pettiti

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| OBIETTIVI |   | AZIONI  | INDICATORE  | VALORE<br>MEGGIORATO | MIN    | RANGE<br>MAX | PESO |
|-----------|---|---|---|----------------------|--------|--------------|------|
| E1a       | Promuovere la prevenzione delle malattie infettive                                    | Garantire adeguati livelli di copertura vaccinale in collaborazione con DIP, MMG e PLS  | Tasso copertura vaccinale MPR nei bambini   | ≥ 95                 | 90%    | 100%         | 1    |
|           |   |   | Tasso copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani > 65 anni  | ≥ 75                 | 70%    | 100%         | 1    |
| E2a       | Promuovere la prevenzione delle malattie oncologiche                                  | Miglioramento dei tassi di adesione per i 3 programmi degli screening oncologici  | Tasso adesione screening citologico   | > 55%                | 50%    | 100%         | 1    |
| E2b       |   |   | Tasso adesione screening mammografico   | > 62.7%              | 60%    | 100%         | 1    |
| E2c       |   |   | Tasso adesione screening colon retto  | > 42.8%              | 40%    | 100%         | 1    |
| E3a       |   |   | % di anziani > 65 anni trattati in ADI  | 3.50%                | 3%     | 4%           | 1    |
| E3b       | Migliorare e qualificare la presa in carico dei pazienti nelle cure domiciliari       | Assicurare adeguati livelli di presa in carico per gli anziani e distribuzione dei divelli del CIA (Coefficiente di Intensità Assistenziale) nei 4 livelli previsti (numero di prese in carico per CIA dato il numero di GEA (giornate effettive assistenza)) | Monitoraggio su base trimestrale della distribuzione dei CIA per i 4 livelli previsti rispetto alla % per livello definita dagli standard, ovvero:<br>CIA 0 livello 0,13<br>CIA 1 livello 0,14-0,30<br>CIA 2 livello 0,31-0,50<br>CIA 3 livello 0,51-0,60<br>CIA 4 livello 0,61-1<br>con analisi ei motivi di diversa distribuzione percentuale | 100%                 |        |              | 1    |
| E4b       | Migliorare e qualificare l'assistenza ai malati terminali                             | Attivazione UCP e presa in carico dei pazienti con piena attivazione della rete delle UCP in aderenza alla Delibera del Direttore Generale n. 645 del 25/07/2014:   | Tasso utilizzo PL Hospice   | ≥ 80 %               | 75%    | 80%          | 1    |
| E5        | Migliorare e qualificare l'assistenza ai pazienti inseriti nelle strutture intermedie | Permanenza nelle strutture di RSA   | N. pazienti seguiti a domicilio dalle UCP/ n. richieste arrivare all'UCP  | 100%                 | 90%    | 100%         | 1    |
|           |   |   | Degenza media   | < 80 gg.             | 85 gg. | 30 gg.       | 1    |



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DISTRETTO DI NARNI AMELIA

Responsabile *D.ssa Anna Maria Pettit*

Anno 2015

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

|                                    |  |   |  |             |                |             |           |
|------------------------------------|--|---|--|-------------|----------------|-------------|-----------|
| E6                                 | Migliorare e qualificare l'assistenza ai pazienti inseriti nelle strutture residenziali  | Identificazione trattamenti residenziali per anziani nei nuclei R2D   | Inserimento anziani rispetto alla tipologia di bisogno con identificazione degli inserimenti R2D | 100%        |                |             | 1         |
| E7a                                | Migliorare e qualificare l'assistenza nei servizi dell'età evolutiva e della neuropsichiatria infantile anche al fine di uniformare le procedure di accoglienza, di presa in carico e di gestione dei percorsi | Garantire le corrette modalità organizzative ed erogative per la gestione dell'offerta delle prestazioni cliniche dei servizi | Volumi di attività, prestazioni di accesso ai servizi  | ≥ anno 2015 | < 2% anno 2015 | ≥ anno 2015 | 1         |
| E7b                                |  |   |  | 100%        |                |             | 1         |
| E7c                                |  |   |  | 90%         | 80%            | 100%        | 1         |
| E8                                 | Sorveglianza malattie rare   | Completamento alimentazione registro  | N. inserimento registrazioni pregresselin. certificazioni da inserire nel registro               | 100%        | 90%            | 100%        | 1         |
| <b>PESO OBIETTIVI DI ATTIVITA'</b> |  |   |  |             |                |             |           |
|                                    |  |   |  |             |                |             | <b>15</b> |





SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DISTRETTO di NARNI AMELIA

Responsabile *Dr.ssa Anna Maria Pettiti*

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| Q |   | F6a                                   |         | F6b     |         |   |
|---|---|---------------------------------------|---------|---------|---------|---|
|   | Monitoraggio dei costi dell'assistenza integrativa  | Spesa per assistenza integrativa      | 920.000 | 940.000 | 920.000 | 1 |
|   | Monitoraggio e controllo dei costi dell'assistenza protesica evidenziando per trimestre le criticità verso cui approntare azioni correttive | Spesa pro-capite assistenza protesica | 20,0    | 21,0    | 20,0    | 1 |



SCHEDA OBIETTIVI  
 AREA SANITARIA  
 DIREZIONE AZIENDALE  
 UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE

DISTRETTO DI NARNI AMELIA

Responsabile Dr.ssa Anna Maria Pettiti

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

|     |   |   |   |                                    |     |      |    |
|-----|---|---|---|------------------------------------|-----|------|----|
| Foc | Promuovere il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed autorizzativa | Monitoraggio e controllo dei costi della nutrizione artificiale evidenziando per trimestre le criticità verso cui approntare azioni correttive monitorando anche la corretta applicazione dei protocolli per la prescrizione dei prodotti per la nutrizione artificiale | Numero prescrizioni nel rispetto del protocollo/numero totali di prescrizioni di prodotti per la nutrizione artificiale | 100%                               | 95% | 100% | 1  |
|     |   | Aderenza alla DGR 1324 del 2002 per assicurare l'appropriatezza autorizzativa della spesa per i trasporti sanitari  | Monitoraggio consumi per trasporti sanitari con analisi dell'agibilità delle richieste effettuate dai servizi           | 4 analisi sui monitoraggi prodotti |     |      |    |
| Fod |   |   |   |                                    |     |      | 17 |

**PESO OBIETTIVI QUALITA', APPROPRIATEZZA, SICUREZZA DELLE CURE**

**G. OBIETTIVI PER LA REALIZZAZIONE DEI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI**

| Piani Attuativi                                 | OBIETTIVI  | AZIONI   | INDICATORI  | VALORE NEGOZIATO    | RANGE      |                     | PESO       |
|---|--|--|---|---------------------|------------|---------------------|------------|
|   |  |  |   |                     | MIN        | MAX                 |            |
| G1a   | Attuazione delle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2016-2018 | Mappatura processi e individuazione attività di rischio  | Sottoscrizione obiettivi specifici inseriti nel Piano Anticorruzione da allegare alla scheda di budget                  | entro febbraio 2016 | marzo 2016 | entro febbraio 2016 | 5          |
| G1b   |  | Conseguimento obiettivi sottoscritti   | Obiettivi conseguibili/obiettivi previsti   | 100%                |            |                     | 10         |
| G2  | Attuazione delle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale per l'integrità e la Trasparenza             | Publicazione nel sito aziendale sezione "Amministrazione Trasparente" quanto di propria competenza | Numero pubblicazioni effettuate/numero pubblicazioni dovute sul sito aziendale nei termini previsti dal piano triennale | 100%                |            |                     | 5          |
| <b>PESO OBIETTIVI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI</b> |  |  |   |                     |            |                     | <b>20</b>  |
| <b>PESO TOTALE</b>                              |  |  |   |                     |            |                     | <b>100</b> |



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DISTRETTO di NARNI AMELIA

Responsabile *Dr.ssa Anna Maria Pettiti*

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <p>NOTA A</p> <p>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 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> |   |   |  |
| <p>NOTA B</p> <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. Tale operatività rappresenta obiettivo specifico del Direttore/Responsabile nonché del/i responsabile/i di posizione organizzativa utile ai fini della sua valutazione individuale.</p>   | <p>NOTA C</p> <p>E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura e di tutti gli altri Valutatori presenti nella struttura assegnare gli obiettivi di performance individuali a tutte le risorse umane afferenti la struttura attraverso l'utilizzo dei moduli previsti dalla procedura (01,02,03,04,05) specificando per gli Item A obiettivi specifici se individuali. Tutte le schede previste sottoscritte dal valutatore e dal valutato vanno trasmesse all'Ufficio Relazioni Sindacali e Politiche del Personale entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi gestionali. Tali operatività dovranno essere valutate per gli Item A entro il 28.2.2017 e trasmesse all'Ufficio Relazioni Sindacali entro il 10.3.2017.</p> | <p>NOTA D</p> <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 2017. La mancata trasmissione delle relazioni suddette comporta una decurtazione del punteggio finale pari al massimo al 10% del totale ottenuto.</p> | <p>Sede e Data negoziazione</p> <p><b>21 5 FEB. 2016</b></p> <p>Firma Responsabile <i>[Signature]</i></p> <p>Timbro e Firma Direzione <i>[Signature]</i></p> |



SCHEDA OBIETTIVI  
 AREA SANITARIA  
 DIREZIONE AZIENDALE  
 UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE  
 DISTRETTO DI SPOLETO  
 Responsabile Dr.ssa Simona Ambrosetti  
 Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| Contabilità Generale e Analitica |   | AZIONI  |  | INDICATORI    |        | VALORE INDESIDERATO | RANGE MIN | RANGE MAX | PESO |
|----------------------------------|---|---|--|---------------|--------|---------------------|-----------|-----------|------|
| A1                               | 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%                |           |           | 3    |
| A2a                              |   | Puntuale registrazione del DDT e del MAP in tutte le situazioni possibili   | entro il 10 del mese successivo  | 100%          |        |                     |           |           | 1    |
| A2b                              | Rispettare le procedure amministrative contabili inerenti il ciclo passivo  | Puntuale schedulazione (pre-ordine) nei casi in cui non è possibile la registrazione del DDT e del MAP  | entro il 10 del mese successivo  | 100%          |        |                     |           |           | 1    |
| A2c                              |   | Rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori e gestione fatture parafiscali  | N. liquidazioni effettuali entro i 60 giorni dall'arrivo della fattura n. liquidazioni totali  | 100%          |        |                     |           |           | 1    |
| A3                               | Garantire il corretto utilizzo delle risorse con garanzia della correttezza alimentazione della contabilità analitica per quanto di pertinenza  | Corretta alimentazione contabilità analitica nel rispetto della procedura aziendale   | 100% entro il 10 del mese successivo   | 100% (MC = 0) |        |                     |           |           | 1    |
| A4                               | Assicurare la gestione e la rendicontazione del PRINA<br>Obiettivi connessi all'attuazione della legge regionale 04 giugno 2008, n. 9 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni" | Rendicontazione dell'utilizzo delle risorse per tipologia di assistenza nel rispetto delle risorse di budget assegnate con utilizzo dei formati stabiliti   | Relazione sulle attività svolte (art. 18) e alimentazioni formati di rendicontazione dei costi | 100%          |        |                     |           |           | 2    |

PESO OBIETTIVI ECONOMICI 9

| OBIETTIVI | AZIONI | INDICATORI | VALORE INDESIDERATO | RANGE MIN | RANGE MAX | PESO |
|-----------|--------|------------|---------------------|-----------|-----------|------|
|           |        |            |                     |           |           |      |


  
**USL Umbria2**
**SCHEDA OBIETTIVI**  
**AREA SANITARIA**
**DIREZIONE AZIENDALE**  
**UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE**
**DISTRETTO DI SPOLETO**
*Responsabile Dr.ssa Simona Anbarcelli*
**Anno 2016**
**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| Flussi Informativi |  |   |   |                  |     |      |   |
|--------------------|--|---|---|------------------|-----|------|---|
| B1                 | Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati con alimentazione dei flussi informativi di governo NSIS | Corretta tenuta dei flussi di governo (STS, FLS,.....) nel rispetto della procedura aziendale di riferimento, attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati per la copertura quantitativa e qualitativa dei dati con soddisfazione del debito informativo NSIS | Trasmissione dei flussi nel rispetto delle modalità, della completezza, della qualità, della scadenza prevista dalle disposizioni nazionali e regionali in aderenza alla procedura aziendale che prevede i seguenti controlli:<br>% modelli STS14 inviati rispetto alle strutture in STS-11 che hanno segnalato la presenza di apparecchiature<br>% modelli STS21 inviati rispetto al numero dei modelli STS-11 che rilevano le strutture che erogano assistenza specialistica. Territoriale<br>% modelli STS24 inviati rispetto al numero dei modelli STS-11 che rilevano le strutture che erogano assistenza anziani e disabili | 100%<br>(NC = 0) | 95% | 100% | 3 |
| B2a                |  | Alimentazione del sistema All@nte (puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati) per il flusso SIAD   | Completezza della rilevazione entro il 31.01.2017 dc<br>% di utenti senza errori di informazioni anagrafiche<br>% di utenti senza errori di anagrafiche di servizio<br>% di utenti con validazione completa entro 90 gg.<br>% di congruità del quadro H del FLS 21 con il flusso SIAD   | 100%             | 95% | 100% | 3 |
| B2b                | Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati da parte dei Servizi                                     | Alimentazione del sistema All@nte (puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati) per il flusso FAR per gli anziani  | Completezza della rilevazione entro il 31.01.2017 dc<br>% di utenti senza errori di informazioni anagrafiche<br>% di utenti senza errori di anagrafiche di servizio<br>% di utenti con validazione completa entro 180 gg.<br>% di congruità del quadro F del STS 24 con il flusso FAR -semiresidenzialità<br>% di congruità del quadro G del STS 24 con il flusso FAR - residenzialità  | 100%             | 95% | 100% | 3 |



SCHEDA OBIETTIVI  
 AREA SANITARIA  
 DIREZIONE AZIENDALE  
 UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE  
 DISTRETTO DI SPOLETO

Responsabile *D.ssa Simona Anna Andronchi*

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| PESO OBIETTIVI/FLUSSEI INFORMATIVI |  |   |   |   |
|------------------------------------|--|---|---|---|
| B2c                                | <p>distrettuali e delle strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali a gestione diretta e a gestione indiretta nel SW Ad@rite con alimentazione dei rispettivi flussi</p> | <p>Alimentazione del sistema Ad@rite (puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati) per il flusso FAR per i disabili</p>  | <p>Completezza della rilevazione entro il 31.01.2017 di:<br/>           % di utenti senza errori di informazioni anagrafiche<br/>           % di utenti senza errori di anagrafiche di servizio<br/>           % di utenti con valutazione completata entro 180 gg.<br/>           % di congruità del quadro F del STS 24 con il flusso FAR - semiresidenzialità<br/>           % di congruità del quadro G del STS 24 con il flusso FAR - residenzialità<br/>           Avvio utilizzo scheda SVAMMIV informatizzata</p> | <p>100%</p> <p>95%</p> <p>100%</p> <p>3</p> |
| B2d                                | <p>Alimentazione del sistema Ad@rite (puntuale, tempestiva, pertinente, veridica e corretta registrazione dei dati) per il flusso ETX EVOLUTIVA</p>                              | <p>Completezza della rilevazione entro il 31.01.2017 di:<br/>           % di utenti senza errori di informazioni anagrafiche<br/>           % di utenti senza errori di anagrafiche di servizio<br/>           % di utenti con valutazione completata entro 180 gg.<br/>           % di congruità del quadro F del STS 24 con il flusso NPI - SEE - semiresidenzialità<br/>           % di congruità del quadro G del STS 24 con il flusso NPI - SEE - residenzialità</p> | <p>100%</p> <p>95%</p> <p>100%</p> <p>3</p>   |   |

*[Handwritten signatures]*



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA  
DIREZIONE AZIENDALE  
UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITÀ ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE  
DISTRETTO di SPOLETO

Responsabile Dr.ssa Simona Antunari

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| CATEGORIA | DESCRIZIONE OBIETTIVO  | AZIONE   | C. OBIETTIVO DA RAGGIUNGERE ALLA FINE DELL'ATTESA PER LE PRESTAZIONI ANGIOROLOGICHE   | INDICATORE    | VALORE NEGOCIATO |        | RANGE |     | PESO |
|-----------|--|--|---|---------------|------------------|--------|-------|-----|------|
|           |  |  |   |               | MIN              | MAX    | MIN   | MAX |      |
| C1a       | Migliorare e qualificare le modalità organizzative ed erogative nella gestione dell'offerta delle prestazioni ambulatoriali per garantire:   | Definizione volumi di attività prestazioni ambulatoriali   | Rispetto dei volumi di attività offerti a CUP per le prestazioni istituzionali (compresa quelle domiciliari laddove previsto). Tale tetto determina anche il volume massimo di prestazioni ALPI per la struttura che deve essere inferiore. | 37.000        | 35.000           | 37.000 |       | 2   |      |
| C1b       | - il mantenimento di adeguati e appropriati livelli dell'offerta rispetto alla domanda,<br>- il contenimento dei tempi di attesa,<br>- l'efficienza organizzativa del sistema,<br>- l'equità di accesso ai servizi ambulatoriali | Monitoraggio erogazione delle prestazioni  | Percentuale di prestazioni prenotate sul totale delle prestazioni erogate   | 85%           | 80%              | 100%   |       | 1   |      |
| C1c       |  | Monitoraggio tempi di attesa delle prestazioni RAQ e delle prestazioni non RAQ   | % di prestazioni erogate nei tempi previsti per i RAQ (RAQ U-3gg; B- 10gg; D-30/60gg; P-360 gg) e per i non RAQ (30 gg)   | 90%           | 85%              | 100%   |       | 2   |      |
| C1d       |  | Validazione dell'erogato nei servizi con monitoraggio della concordanza RAQ, per le prestazioni che lo prevedono, nel rispetto della procedura aziendale | Validazione effettuata/validazione totale con % di rilevazione della concordanza per le prestazioni RAQ per le prestazioni che lo prevedono   | 100%          | 95%              | 100%   |       | 2   |      |
| C1e       |  | Gestione sospensiva delle agende nel rispetto della procedura aziendale  | Corretta applicazione della procedura prevista per la gestione della sospensione delle agende   | 100% (MC = 0) | 95%              | 100%   |       | 1   |      |
| C2        | Promuovere la dematerializzazione delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale al fine di efficientare i sistemi e facilitare la presa in carico dei pazienti   | Pieno utilizzo del ricettaletto elettronico da parte di tutti i medici prescrittori della struttura evitando di rinviare il paziente al MMG/PLS          | N. richieste prestazioni dematerializzate / N. richieste totali   | 100%          | 80%              | 100%   |       | 2   |      |

PESO OBIETTIVI LISTE ATTESA

10


**USL Umbria2**

 SCHEDA OBIETTIVI  
 AREA SANITARIA

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

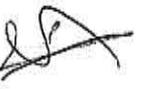
DISTRETTO DI SPOLETO

Responsabile Dr.ssa Simona Anna Andrenelli

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| OBIETTIVO |   | AZIONE   | DE-DETERMINAZIONE OBIETTIVO  | INDICAZIONE  | VALORE INIZIALE | VALORE MESSAGGIATO | NON  | PARTE | PERO |
|-----------|---|--|--|--|-----------------|--------------------|------|-------|------|
| D1a       | Promuovere la riorganizzazione e la razionalizzazione dei servizi territoriali in aderenza alle linee di indirizzo regionali e alla programmazione aziendale per:<br>- efficientare il sistema<br>- assicurare percorsi di presa in carico dei pazienti efficaci ed appropriati | Partecipazione alle riunioni della Direzione Sanitaria finalizzate anche alla revisione organizzativa dei Servizi territoriali<br><br>Stesura dei regolamenti per l'accesso alle strutture territoriali (FP, RSA, strutture psichiatriche, strutture per disabili, ...) e stesura dei manuali per l'effettuazione delle verifiche e dei controlli nelle strutture.<br>Presentare l'elenco dei documenti da redigere entro il 31 marzo 2016 | N. partecipazioni/ n. convocazioni   | N. regolamenti e manuali redatti/ numero totali da redigere                                | 100%            | 95%                | 100% | 100%  | 1    |
| D2        | Promuovere la riorganizzazione dei servizi di NPI e dell'età evolutiva su base aziendale e distribuite  | Sicurezza piano di riorganizzazione complessiva dei servizi aziendali con individuazione strutture, attività e obiettivi da realizzare   | Presentazione piano di riorganizzazione entro il 31 marzo 2016   |  | 100%            |                    |      |       | 2    |
| D3a       | Promuovere e qualificare l'integrazione territorio-ospedale   | Attivazione percorso dimissione precoce informatizzato in Ai@nile come da progetto regionale:<br>- Utilizzo modulo InterRAI HC (Home Care) per la gestione dell'assistenza domiciliare<br>- Utilizzo modulo InterRAI PC (Palliative Care) per la gestione della Cura palliativa  | N° gestioni informatizzate da parte della Cds o UNV territoriali/ n. richieste ospedaliere   | N° gestioni informatizzate da parte della Cds o UCP territoriali/ n. richieste ospedaliere | 100%            | 95%                | 100% | 100%  | 1    |
| D3b       | Piena attuazione PDTA Diabete tipo 2 come da DGR 933/2014 e Delibera del Direttore Generale n. 997 del 16.10.2015 al fine di garantire percorsi integrati e di qualità per la presa in carico dei pazienti affetti da diabete mellito tipo II                                   | Avvio programma operativo di sanità di iniziativa del progetto aziendale per il Diabete Mellito tipo II così come stabilito a livello distrettuale   | N. pazienti seguiti con programma di sanità di iniziativa/ n. pazienti eleggibili al programma con rilevazione degli indicatori dell'allegato IV pag 29 DGR 933/2014 |  | 100%            | 80%                | 100% |       | 2    |




USL Umbria2

SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

DIREZIONE AZIENDALE

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

DISTRETTO DI SPOLETO

Responsabile Dr.ssa Simona Maria Antiaranelli

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| Organizzazione |   | PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI  |   |      |   |
|----------------|---|---|---|------|---|
| D6             | Promuovere l'implementazione dei percorsi diagnostico - terapeutici (PDTA) deliberati dalla Regione Umbria al fine di garantire percorsi integrati e di qualità per la presa in carico delle diverse tipologie di pazienti assicurando la migliore sequenza temporale e spaziale possibile degli interventi da effettuare | Attuazione con il supporto del Servizio Qualità e Accreditamento:<br>- DGR n. 41 del 28/01/2014 "Linea di indirizzo per il trattamento della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)"<br>- DGR n. 562 del 26/05/2014 "Linee di indirizzo sul percorso prescrittivo di ausili tecnologici per la comunicazione in età evolutiva all'interno del progetto riabilitativo individualizzato"<br>- DGR n. 563 del 26/05/2014 "Linee di indirizzo sulla prescrizione protesica di sistemi motorio-posturali in età evolutiva all'interno del progetto riabilitativo individualizzato"<br>- DGR n. 330 del 15/04/2013 "Linee di indirizzo per la diagnosi precoce e la presa in carico multi professionale sui disturbi specifici del linguaggio"<br>- DGR n. 234 del 10/03/2014 "Revisione DGR n. 321/2006 "Percorsi prescrittivi protesici acustiche in età adulta" | Realizzazione e dettaglio di verifica di attivazione del percorso in relazione alla programmazione stabilita e rendicontazione obiettivi raggiunti rispetto agli indicatori individuali | 100% | 3 |
| D7             | Promuovere l'attivazione di un modello omogeneo di assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari   | Implementazione delle modalità organizzative stabilite a livello regionale e aziendale per l'assistenza primaria e l'assistenza specialistica negli Istituti penitenziari   | Verifica della % di rispondenza del modello con quello stabilito  | 100% | 1 |
| D8             | Attivazione Sezione Osservazione Psichiatrica Intramuraria nel Carcere di Spoleto   | Realizzazione degli interventi come da piano di fattibilità e cronoprogramma condiviso con PRAP e apertura della sezione entro i termini previsti dal cronoprogramma  | Relazione conclusiva entro 30 settembre 2016  | 100% | 1 |
|                |   |   |   | 14   |   |



SCHEDA OBIETTIVI  
 AREA SANITARIA  
 DIREZIONE AZIENDALE  
 UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE

Responsabile Dr.ssa Simona Ambrosetti

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| E/O  | OBIETTIVO  | AZIONE  | E/O OBIETTIVO DA ADEMPIERE  |  | VALORE<br>MISURAZIONE | RAGIONE        |              | PESO   |
|------|--|---|---|--|-----------------------|----------------|--------------|--------|
|      |  |   | INDICAZIONE   | INDICAZIONE  |                       | MIN            | MAX          |        |
| E1/a | Promuovere la prevenzione delle malattie infettive   | Garantire adeguati livelli di copertura vaccinale in collaborazione con DDP, MMG e PLS  | Tasso copertura vaccinale MPR nei bambini   | Tasso copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani > 65 anni | ≥ 95<br>≥ 75          | 90%<br>70%     | 100%<br>100% | 1<br>1 |
| E1/b |  |   | Tasso adesione screening coloproctologico   | Tasso adesione screening mammografico                            | > 55%<br>> 62.7%      | 50%<br>60%     | 100%<br>100% | 1<br>1 |
| E2/a | Promuovere la prevenzione delle malattie oncologiche   | Miglioramento dei tassi di adesione per i 3 programmi degli screening oncologici  | Tasso adesione screening colon retto  | % di anziani > 65 anni trattati in ADI                           | > 42.8%<br>3.50%      | 40%<br>3%      | 100%<br>4%   | 1<br>1 |
| E3/a |  |   | Monitoraggio su base trimestrale della distribuzione dei CIA per i 4 livelli previsti rispetto alla % per fascia definita degli standard, ovvero:<br>CIA 0 livello 0,13<br>CIA 1 livello 0,14-0,30<br>CIA 2 livello 0,31-0,50<br>CIA 3 livello 0,51-0,80<br>CIA 4 livello 0,81-1<br>con analisi dei motivi di diversa distribuzione percentuale |  | 100%                  |                |              | 1      |
| E4/b | Migliorare e qualificare l'assistenza ai malati terminali  | Attivazione UCP e presa in carico dei pazienti con piena attivazione della rete delle UCP in aderenza alla Delibera del Direttore Generale n. 645 del 25/07/2014. | Tasso utilizzo PL Hospice   |  | ≥ 80 %                | 75%            | 80%          | 1      |
| E4/a |  |   | N. pazienti seguiti a domicilio dalle UCP/ n. richieste arrivate all'UCP  |  | 100%                  | 90%            | 100%         | 1      |
| E5   | Migliorare e qualificare l'assistenza ai pazienti inseriti nelle strutture intermedie                                    | Permanenza nelle strutture di RSA   | Degenza media   |  | < 80 gg.              | 85 gg.         | 30 gg.       | 1      |
| E6   | Migliorare e qualificare l'assistenza ai pazienti inseriti nelle strutture residenziali                                  | Identificazione trattamenti residenziali per anziani nei nuclei R2D   | Inserimento anziani rispetto alla tipologia di bisogno con identificazione degli inserimenti R2D  |  | 100%                  |                |              | 1      |
| E7/a |  |   | Volume di attività prestazioni di accesso ai servizi  |  | ≥ anno 2015           | < 2% anno 2015 | ≥ anno 2015  | 1      |
| E7/b | Migliorare e qualificare l'assistenza nei servizi dell'età evolutiva e della neuropsichiatria infantile anche al fine di | Garantire le corrette modalità organizzative ed erogative per la gestione dell'offerta delle prestazioni cliniche dei servizi                                     | Aderenza agli iter di presa in carico per la diversa tipologia di pazienti che accedono ai servizi  |  | 100%                  |                |              | 1      |



SCHEDA OBIETTIVI  
 AREA SANITARIA  
 DIREZIONE AZIENDALE  
 UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' AMALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE  
 DISTRETTO DI SPOLETO

Responsabile Dr.ssa Simona De Santis

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

|   |  |  |      |     |      |           |
|---|--|--|------|-----|------|-----------|
| E7c<br>uniformare le procedure di accoglienza, di presa in carico e di gestione dei percorsi<br>E7c | Garantire il contenimento dei tempi di attesa e l'equità di accesso ai servizi | Rispetto dei tempi di attesa per la visita di primo accesso (30 gg)<br>Rispetto dei tempi di attesa per la conclusione del percorso valutativo<br>Rispetto dei tempi di attesa per la conclusione del percorso terapeutico | 90%  | 80% | 100% | 1         |
| E8<br>Sorveglianza malattie rare  | Completamento alimentazione registro   | N. inserimenti registrazioni progressive/certificazioni da inserire nel registro   | 100% | 90% | 100% | 1         |
| <b>PESO OBIETTIVI DI ATTIVITA'</b>  |  |  |      |     |      | <b>15</b> |







SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DISTRETTO di ORVIETO

Responsabile Dr.ssa Manuela Teresa Urbani

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| Contabilità Generale e Analitica |  | 4. OBIETTIVI PER LA GESTIONE E RENDICONTAZIONE DELLE RISORSE E DI EQUILIBRIO ECONOMICO  |  |                 |               |             |      |
|----------------------------------|--|---|--|-----------------|---------------|-------------|------|
|                                  | DESCRIZIONE  | AZIONI  | INDICATORI   | VALORE INIZIALE | VALORE FINALE | PERCENTUALE | PESO |
| A1                               | 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%        | 3    |
| A2a                              |  | Puntuale registrazione del DdT e del MAP in tutte le situazioni possibili   | entro il 10 del mese successivo  | 100%            |               |             | 1    |
| A2b                              | Rispettare la procedure amministrativo contabili inerenti il ciclo passivo   | Puntuale schedulazione (pre-ordine) nei casi in cui non è possibile la registrazione del DdT e del MAP  | entro il 10 del mese successivo  | 100%            |               |             | 1    |
| A2c                              |  | Rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori e gestione fatture pagheggiate  | N. liquidazioni effettuate entro i 60 giorni dall'arrivo della fattura/ n. liquidazioni totali     | 100%            |               |             | 1    |
| A3                               | 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   | 100% entro il 10 del mese successivo   | 100% (NC = 0)   |               |             | 1    |
| A4                               | Assicurare la gestione e la rendicontazione del PRINA<br>Obiettivi connessi all'attuazione della legge regionale del giugno 2008, n. 9 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni" | Rendicontazione dell'utilizzo delle risorse per tipologia di assistenza nel rispetto delle risorse di budget assegnate con utilizzo dei formati stabiliti   | Realizzazione sulle attività svolte (art. 18) e alimentazione formati di rendicontazione dei costi | 100%            |               |             | 2    |
| PESO OBIETTIVI ECONOMICI         |  |   |  |                 |               |             | 9    |



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

DIREZIONE AZIENDALE

AREA SANITARIA

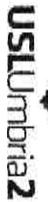
DISTRETTO di ORVIETO

Responsabile Dr.ssa Manuela Teresa Urbani

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| OBIETTIVO  | AZIONI   | INDICAZIONE  | VALORE                   |            | PESO        |          |
|--|--|--|--------------------------|------------|-------------|----------|
|  |  |  | MINIMO                   | MAX        |             |          |
| <p><b>BI</b></p> <p>Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati con alimentazione dei flussi Informativi di governo NSIS</p> | <p>Corretta tenuta dei flussi di governo (STS, FLS.....) nel rispetto della procedura aziendale di riferimento, attraverso la puntualità, tempestività, pertinenza e corretta registrazione dei dati per la copertura quantitativa e qualitativa dei dati con soddisfazione del dettaglio informativo NSIS</p> | <p>Trasmissione dei flussi nel rispetto delle modalità, della completezza, della qualità, della scadenza previste dalle disposizioni nazionali e regionali in aderenza alla procedura aziendale che prevede i seguenti controlli:</p> <p>% modelli STS14 inviati rispetto alle strutture in STS.11 che hanno segnalato la presenza di apparecchiature</p> <p>% modelli STS21 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza specialistica. Territoriale</p> <p>% modelli STS24 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza anziani e disabili</p> | <p>100%<br/>(MC = 0)</p> | <p>95%</p> | <p>100%</p> | <p>3</p> |
| <p><b>R2a</b></p>  | <p>Alimentazione del sistema All@nla (puntualità, tempestività, pertinenza e corretta registrazione dei dati) per il flusso SIAD</p>   | <p>Completezza della rilevazione entro il 31.01.2017 di:</p> <p>% di utenti senza errori di informazioni anagrafiche</p> <p>% di utenti senza errori di anagrafica di servizio</p> <p>% di utenti con valutazione completata entro 90 gg.</p> <p>% di congruità del quadro H del FLS 21 con il flusso SIAD</p>   | <p>100%</p>              | <p>95%</p> | <p>100%</p> | <p>3</p> |



SCHEDA OBIETTIVI  
 AREA SANITARIA  
 DIREZIONE AZIENDALE  
 UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE

DISTRETTO di ORVIETO

Responsabile Dr.ssa Manuela Teresa Urbani.

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| Flussi Informativi |  |  |  |      |     |      |   |
|--------------------|--|--|--|------|-----|------|---|
| B21                | Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati da parte dei Servizi distrettuali e delle strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali a gestione diretta e a gestione Indiretta nel SW All@nte con alimentazione dei rispettivi flussi | Alimentazione del sistema All@nte (puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati) per il flusso FAR per gli anziani     | Completezza della rilevazione entro il 31.01.2017 di:<br>% di utenti senza errori di informazioni anagrafiche<br>% di utenti senza errori di anagrafiche di servizio<br>% di congruità del quadro F del STS 24 con il flusso FAR -semiresidenzialità<br>% di congruità del quadro G del STS 24 con il flusso FAR - residenzialità  | 100% | 95% | 100% | 3 |
| B22                |  | Alimentazione del sistema All@nte (puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati) per il flusso FAR per i disabili      | Completezza della rilevazione entro il 31.01.2017 di:<br>% di utenti senza errori di informazioni anagrafiche<br>% di utenti senza errori di anagrafiche di servizio<br>% di congruità del quadro F del STS 24 con il flusso FAR -semiresidenzialità<br>% di congruità del quadro G del STS 24 con il flusso FAR - residenzialità<br>Avvio utilizzo scheda SVAMDI informatizzata | 100% | 95% | 100% | 3 |
| B21                |  | Alimentazione del sistema All@nte (puntuale, tempestiva, pertinente, verifica e corretta registrazione dei dati) per il flusso ETA EVOLUTIVA | Completezza della rilevazione entro il 31.01.2017 di:<br>% di utenti senza errori di informazioni anagrafiche<br>% di utenti senza errori di anagrafiche di servizio<br>% di congruità del quadro F del STS 24 con il flusso NPI - SEE-semiresidenzialità<br>% di congruità del quadro G del STS 24 con il flusso NPI -SEE - residenzialità                                      | 100% | 95% | 100% | 3 |

PESO OBIETTIVI FLUSSI INFORMATIVI

15

SCHEDA OBIETTIVI DIS ORVIETO


**USL Umbria2**
**SCHEDA OBIETTIVI**  
**AREA SANITARIA**  
**DIREZIONE AZIENDALE**  
**UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE**
**DISTRETTO di ORVIETO**Responsabile *Dr.ssa Manuela Teresa Urbani*

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| OBIETTIVI   |  | AZIONI   |  | INDICATORI   |               | VALORE MEDIO |        | RANGE |  | PESO |
|---|--|--|--|--|---------------|--------------|--------|-------|--|------|
| C1  |  | C2   |  | C3   |               | C4           |        | C5    |  |      |
| <b>CRITERI DI COLLEGIO DELLE LISTE DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI</b> |  |  |  |  |               |              |        |       |  |      |
| <b>CRITERI DI COLLEGIO DELLE LISTE DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI</b> |  |  |  |  |               |              |        |       |  |      |
| C1a   | Migliorare e qualificare le modalità organizzative ed erogative nella gestione dell'offerta delle prestazioni ambulatoriali per garantire:                         | Definizione volumi di attività prestazioni ambulatoriali   | Monitoraggio erogazione delle prestazioni  | Respetto dei volumi di attività offerti a CUP per le prestazioni Istituzionali (comprese quelle domiciliari laddove previste). Tale dato determina anche il volume massimo di prestazioni ALPI per la struttura che deve essere inferiore. | 44.600        | 43.000       | 44.600 | 2     |  |      |
| C1b   | - il mantenimento di adeguati e appropriati livelli dell'offerta rispetto alla domanda,  | Monitoraggio tempi di attesa delle prestazioni RAO e delle prestazioni non RAO   | Monitoraggio erogazione delle prestazioni  | Percentuale di prestazioni prenotate sul totale delle prestazioni erogate  | 85%           | 80%          | 100%   | 1     |  |      |
| C1c   | - il contenimento dei tempi di attesa,   | Validazione dell'erogato nei servizi con monitoraggio della concordanza RAO, per le prestazioni che lo prevedono, nel rispetto della procedura aziendale | Validazione dell'erogato nei servizi con monitoraggio della concordanza RAO, per le prestazioni che lo prevedono, nel rispetto della procedura aziendale | % 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)  | 90%           | 85%          | 100%   | 2     |  |      |
| C1d   | - l'efficienza organizzativa del sistema,  | Validazione della sospensione delle agende nel rispetto della procedura aziendale  | Gestione sospensione delle agende nel rispetto della procedura aziendale   | Validazione effettuata/validazione totale con % di rilevazione della concordanza per le prestazioni RAO per le prestazioni che lo prevedono  | 100%          | 95%          | 100%   | 2     |  |      |
| C1e   | - l'equità di accesso ai servizi ambulatoriali   |  |  | Corretta applicazione della procedura prevista per la gestione della sospensione delle agende  | 100% (NC = 0) | 95%          | 100%   | 1     |  |      |
| C2  | Promuovere la dematerializzazione delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale al fine di efficientare i sistemi e facilitare la presa in carico dei pazienti | Pieno utilizzo del ricettario elettronico da parte di tutti i medici prescrittori della struttura evitando di rinviare il paziente al MMG/P.S            |  | N. richieste prestazioni dematerializzate / N. richieste totale  | 100%          | 80%          | 100%   | 2     |  |      |
| <b>PESO OBIETTIVI LISTE ATTESA</b>  |  |  |  |  |               |              |        |       |  | 10   |



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIREZIONE AZIENDALE  
DISTRETTO di ORVIETO

Responsabile Dr.ssa Manuela Teresa Urbani

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| OBIETTIVI  | AZIONI   | INDICATORI   | VALORE<br>MISURATO | RANGE |      | PESO |
|--|--|--|--------------------|-------|------|------|
|  |  |  |                    | MIN   | MAX  |      |
| D1a<br>Promuovere la riorganizzazione e la razionalizzazione dei servizi territoriali in aderenza alle linee di indirizzo regionali e alla programmazione aziendale per:<br>- efficientare il sistema<br>- assicurare percorsi di presa in carico dei pazienti efficaci ed appropriati | Partecipazione alle riunioni della Direzione Sanitaria finalizzate anche alla revisione organizzativa dei Servizi territoriali<br><br>Stesura dei regolamenti per l'accesso alle strutture territoriali (RP, RSA, strutture psichiatriche, strutture per disabili...) e stesura dei manuali per l'effettuazione delle verifiche e dei controlli nelle strutture.<br>Presentare l'elenco dei documenti da redigere entro il 31 marzo 2016 | N. partecipazioni/ n. convocazioni<br><br>N. regolamenti e manuali redatti/ numero totali da redigere  | 100%               | 95%   | 100% | 1    |
| D2<br>Promuovere la riorganizzazione dei servizi di NPI e dell'età evolutiva su base aziendale e distrettuale  | Stesura piano di riorganizzazione complessiva dei servizi aziendali con individuazioni strutture, attività e obiettivi da realizzare<br><br>Attivazione percorso dimissione precoce informatizzato in All@rie come da progetto regionale:<br>- Utilizzo modulo InterRAI HC (Home Care) per la gestione dell'assistenza domiciliare<br>- Utilizzo modulo InterRAI PC (Palliative Care) per la gestione delle Cure palliative              | Presentazione piano di riorganizzazione entro il 31 marzo 2016<br><br>N° gestioni informatizzate da parte delle Cds o UWP territoriali/ n. richieste ospedaliere   | 100%               |       | 100% | 2    |
| D3a<br>Promuovere e qualificare l'integrazione territorio-ospedale   |  | N° gestioni informatizzate da parte delle Cds o UCP territoriali/ n. richieste ospedaliere   | 100%               | 95%   | 100% | 1    |
| D3b<br>Plena attivazione PDTA Diabete tipo 2 come da DGR 933/2014 e Delibera del Direttore Generale n. 867 del 16.10.2015 al fine di garantire percorsi integrati e di qualità per la presa in carico dei pazienti affetti da diabete malitico tipo II                                 | Avvio programma operativo di sanità di iniziativa del progetto aziendale per il Diabete Malitico tipo II così come stabilito a livello distrettuale  | N. pazienti seguiti con programma di sanità di iniziativa/ n. pazienti delegati al programma con attivazione degli indicatori dell'allegato IV pag 29 DGR 933/2014 | 100%               | 80%   | 100% | 2    |



SCHEDA OBIETTIVI  
 AREA SANITARIA  
 DIREZIONE AZIENDALE  
 UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE  
 DISTRETTO di ORVIETO

Responsabile *Dr.ssa Manuela Teresa Urbani*

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| Organ                               |  |  |   |      |  |  |           |
|-------------------------------------|--|--|---|------|--|--|-----------|
| D6                                  | Promuovere l'implementazione dei percorsi diagnostico - terapeutici (PDTA) deliberati dalla Regione Umbra al fine di garantire percorsi integrati e di qualità per la presa in carico delle diverse tipologie di pazienti assicurando la migliore sequenza temporale e spaziale possibile degli interventi da effettuare | Attuazione con il supporto del Servizio Qualità e Accreditamento:<br>- DGR n. 41 del 28/01/2014 "Linee di indirizzo per il trattamento della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)"<br>- DGR n. 562 del 26/05/2014 "Linee di indirizzo sul percorso prescrittivo di ausili tecnologici per la comunicazione in età evolutiva all'interno del progetto riabilitativo individualizzato"<br>- DGR n. 563 del 26/05/2014 "Linee di indirizzo sulla prescrizione protesica di sistemi motorio-posturali in età evolutiva all'interno del progetto riabilitativo individualizzato"<br>- DGR n. 330 del 15/04/2013 "Linee di indirizzo per la diagnosi precoce e la presa in carico multi professionale sui disturbi specifici del linguaggio"<br>- DGR n. 234 del 10/03/2014 "Revisione DGR n. 321/2006 "Percorsi prescrittivi protesii acustiche in età adulta" | Relazione dettagliata di verifica di attivazione del percorso in relazione alla programmazione stabile e rendicontazione obiettivi raggiunti rispetto agli indicatori individuali | 100% |  |  | 3         |
| D7                                  | Promuovere l'attivazione di un modello omogeneo di assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari  | Implementazione delle modalità organizzative stabili a livello regionale e aziendale per l'assistenza primaria e l'assistenza specialistica negli Istituti penitenziari  | Verifica della % di rispondenza del modello con quello stabilito  | 100% |  |  | 2         |
| <b>PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI</b> |  |  |   |      |  |  | <b>14</b> |

*Manuela*

*[Signature]*



SCHEDA OBIETTIVI  
 AREA SANITARIA  
 DIREZIONE AZIENDALE  
 UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITÀ ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE

DISTRETTO di ORVIETO

Responsabile Dr.ssa Manuela Teresa Urbani

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| Attività | OBIETTIVI   | AZIONI   | OBIETTIVI QUANTITATIVI  |                    |        |        |      |      |
|----------|---|--|---|--------------------|--------|--------|------|------|
|          |   |  | INDICATORI  | VALORE MINICOLLATO | AGB    | RANGE  | MAX  | PESO |
| E1a      | Promuovere la prevenzione delle malattie infettive                                    | Garantire adeguati livelli di copertura vaccinale in collaborazione con DIP, MMG e PLS   | Tasso copertura vaccinale MPR nei bambini<br>Tasso copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani > 65 anni   | ≥ 95<br>≥ 75       | 90%    | 70%    | 100% | 1    |
| E1b      |   | Miglioramento dei tassi di adesione per i 3 programmi degli screening oncologici   | Tasso adesione screening citologico   | > 55%              | 50%    | 100%   | 1    |      |
| E2a      | Promuovere la prevenzione delle malattie oncologiche                                  |  | Tasso adesione screening mammografico   | > 62.7%            | 60%    | 100%   | 1    |      |
| F2c      |   |  | Tasso adesione screening colon retto  | > 42.8%            | 40%    | 100%   | 1    |      |
| E3a      |   |  | % di anziani > 65 anni trattati in ADI  | 3.50%              | 3%     | 4%     | 1    |      |
| E3b      | Migliorare e qualificare la presa in carico dei pazienti nelle cure domiciliari       | Assicurare adeguati livelli di presa in carico per gli anziani e distribuzione dei livelli del CIA (Coefficiente di Intensità Assistenziale) nei 4 livelli previsti (numero di prese in carico per CIA dallo 0 al numero di GEA (giornate effettiva assistenza)) | Monitoraggio su base trimestrale della distribuzione del CIA per i 4 livelli previsti rispetto alla % per l'età definita dagli standard, ovvero:<br>CIA 0 livello 0,13<br>CIA 1 livello 0,14-0,30<br>CIA 2 livello 0,31-0,50<br>CIA 3 livello 0,51-0,60<br>CIA 4 livello 0,61-1<br>con analisi ai motivi di diversa distribuzione percentuale | 100%               |        |        | 1    |      |
| E4b      | Migliorare e qualificare l'assistenza ai pazienti terminali                           | Attivazione UCP e presa in carico dei pazienti con piena attivazione della rete delle UCP in aderenza alla Delibera del Direttore Generale n. 645 del 25/07/2014:  | Tasso utilizzo PL Hospice   | ≥ 80 %             | 75%    | 80%    | 1    |      |
| E4a      |   | Permanenza nella struttura di RSA  | N. pazienti seguiti a domicilio dalle UCPI n. richieste arrivare all'UCP  | 100%               | 90%    | 100%   | 1    |      |
| E5       | Migliorare e qualificare l'assistenza ai pazienti inseriti nella struttura intermedia |  | Degenza media   | < 60 gg.           | 85 gg. | 30 gg. | 1    |      |



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DISTRETTO DI ORVIETO

Responsabile *Dr.ssa Manuela Teresa Urbani*

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

|     |  |   |  |  |                |             |      |
|-----|--|---|--|--|----------------|-------------|------|
| E6  | Migliorare e qualificare l'assistenza ai pazienti inseriti nelle strutture residenziali  | Identificazione trattamenti residenziali per anziani nei nuclei RZO   | Inserimento anziani rispetto alla tipologia di bisogno con identificazione degli inserimenti RZO   | 100%   |                |             | 1    |
| E7a | Migliorare e qualificare l'assistenza nei servizi dell'età evolutiva e della neuropsichiatria infantile anche al fine di uniformare le procedure di accoglienza, di presa in carico e di gestione dei percorsi | Garantire la corretta modalità organizzativa ed erogativa per la gestione dell'offerta delle prestazioni cliniche dei servizi | Voluntà di attività prestazioni di accesso ai servizi  | ≥ anno 2015  | < 2% anno 2015 | ≥ anno 2015 | 1    |
| E7b |  |   | Aderenza agli iter di presa in carico per la diversa tipologia di pazienti che accedono ai servizi | 100%   |                |             | 1    |
| E7c |  |   | Garantire il contenimento dei tempi di attesa e l'equità di accesso ai servizi                     | Rispetto dei tempi di attesa per le visite di primo accesso (30 gg)<br>Rispetto dei tempi di attesa per la conclusione del percorso valutativo<br>Rispetto dei tempi di attesa per la conclusione del percorso terapeutico | 90%            | 80%         | 100% |
| E8  | Sorveglianza malattie rare   | Completamento alimentazione registro  | N. inserimento registrazioni pregresse/n. certificazioni da inserire nel registro                  | 100%   | 90%            | 100%        | 1    |

PESO OBIETTIVI DI ATTIVITA' 15





SCHEDA OBIETTIVI  
 AREA SANITARIA  
 DIREZIONE AZIENDALE  
 UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE  
 DISTRETTO di ORVIETO

Responsabile Dr.ssa Manuela Teresa Urbani

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| Qual   |  | F6a   |  | F6b                                |  | F6c     |  | F6d     |  |
|--|--|---|--|------------------------------------|--|---------|--|---------|--|
| Monitoraggio dei costi dell'assistenza integrativa   |  | Spesa per assistenza Integrativa  |  | 860.000                            |  | 860.000 |  | 860.000 |  |
| Monitoraggio e controllo dei costi dell'assistenza protesica evidenziando per trimestre le criticità verso cui apportare azioni correttive   |  | Spesa pro-capite assistenza protesica   |  | 20,0                               |  | 21,0    |  | 20,0    |  |
| Monitoraggio e controllo dei costi della nutrizione artificiale evidenziando per trimestre le criticità verso cui apportare azioni correttive monitorando anche la corretta applicazione dei protocolli per la prescrizione dei prodotti per la nutrizione artificiale |  | Numero prescrizioni nel rispetto dei protocolli/numero totali di prescrizioni di prodotti per la nutrizione artificiale |  | 100%                               |  | 95%     |  | 100%    |  |
| Aderenza alla DGR 1324 del 2002 per assicurare l'appropriata autorizzativa della spesa per i trasporti sanitari  |  | Monitoraggio consumi per trasporti sanitari effettuato con analisi dettagliata delle richieste effettuate dai servizi   |  | 4 analisi sui monitoraggi prodotti |  |         |  |         |  |
| PESO OBIETTIVI QUALITA', APPROPRIATEZZA, SICUREZZA DELLE CURE  |  |   |  |                                    |  |         |  |         |  |
| 17   |  |   |  |                                    |  |         |  |         |  |

| Piani Attuativi  |  | C1a   |  | C1b   |  | C1c  |  | C1d                                       |  |
|--|--|---|--|---|--|--|--|---|--|
| Attuazione delle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2016-2018 |  | Mappatura processi e individuazione attività di rischio   |  | Conseguimento obiettivi sottoscritti  |  | Sottoscrizione obiettivi specifici inseriti nel Piano Autocorrezione da allegare alla scheda di budget |  | Obiettivi conseguibili/obiettivi previsti |  |
| Attuazione delle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale per l'Integrità e la Trasparenza             |  | Pubblicazione nel sito aziendale sezione "Amministrazione Trasparente" quanto di propria competenza |  | Numero pubblicazioni effettuate/numero pubblicazioni dovute sul sito aziendale nei termini previsti dal piano triennale |  | 100%   |  | 100%                                      |  |
| PESO OBIETTIVI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI   |  |   |  |   |  |  |  |   |  |
| 28   |  |   |  |   |  |  |  |   |  |





SCHEDA OBIETTIVI  
 AREA SANITARIA  
 DIREZIONE AZIENDALE  
 UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE

DISTRETTO della VALNERINA

Responsabile Dr. Franco Ianzi

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| OBIETTIVI   |   | AZIONI   | INDICATORI   | VALORE<br>NEGIZIATO | RANGE  |      | PESO |
|---|---|--|--|---------------------|--------|------|------|
|   |   |  |  |                     | MIN    | MAX  |      |
| <b>A. OBIETTIVI PER LA GESTIONE E RENDICONTAZIONE DELLE RISORSE F.DI EQUILIBRIO ECONOMICO</b> |   |  |  |                     |        |      |      |
| A1  | 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 venca della spesa   | Rispetto del budget assegnato complessivamente per tutti i fattori produttivi                  | 100%                | 99,99% | 100% | 3    |
| A2a   |   | Puntuale registrazione del DDT e del MAP in tutte le situazioni possibili  | entro il 10 del mese successivo  | 100%                |        |      | 1    |
| A2b   | Rispettare le procedure amministrativo contabili inerenti il ciclo passivo  | Puntuale schedulazione (pre-ordine) nei casi in cui non è possibile la registrazione del DDT e del MAP   | entro il 10 del mese successivo  | 100%                |        |      | 1    |
| A2c   |   | Rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori e gestione fatture parigheggiate   | N. liquidazioni effettuati entro i 60 giorni dall'arrivo della fattura/ n. liquidazioni totali | 100%                |        |      | 1    |
| A3  | 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  | 100% entro il 10 del mese successivo   | 100%<br>(NC = 0)    |        |      | 1    |
| A4  | Assicurare la gestione e la rendicontazione del PRINA<br>Obiettivi connessi all'attuazione della legge regionale 04 giugno 2008, n. 9 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni" | Rendicontazione dell' utilizzo delle risorse per tipologia di assistenza nel rispetto delle risorse di budget assegnate con utilizzo dei formati stabilito | Relazione sulle attività svolte (art.18) e alimentazione formati di rendicontazione dei costi  | 100%                |        |      | 2    |
| <b>PESO OBIETTIVI ECONOMICI</b>   |   |  |  |                     |        |      | 9    |

| OBIETTIVI   |  | AZIONI | INDICATORI | VALORE<br>NEGIZIATO | RANGE |     | PESO |
|---|--|--------|------------|---------------------|-------|-----|------|
|   |  |        |            |                     | MIN   | MAX |      |
| <b>B. OBIETTIVI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DEI DATI E DEI FLUSSI INFORMATIVI</b> |  |        |            |                     |       |     |      |


  
**USL Umbria2**

 SCHEDA OBIETTIVI  
 AREA SANITARIA

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

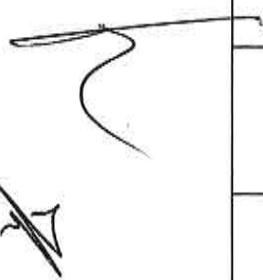
DISTRETTO della VALNERINA

 Responsabile *Dr. Franco Lanzi*

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

|            |   |   |   |                          |            |             |          |
|------------|---|---|---|--------------------------|------------|-------------|----------|
|            |   |   | <p>Trasmissione dei flussi nel rispetto delle modalità, della completezza, della qualità, delle scadenze previste dalle disposizioni nazionali e regionali. In aderenza alla procedura aziendale che prevede i seguenti controlli:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>% modelli STS14 inviati rispetto alle strutture in STS; 11 che hanno segnalato la presenza di apparecchiature</li> <li>% modelli STS21 inviati rispetto al numero dei modelli STS; 11 che rilevano le strutture che erogano assistenza specialistica; Territoriale</li> <li>% modelli STS24 inviati rispetto al numero dei modelli STS; 11 che rilevano le strutture che erogano assistenza anziani e disabili</li> </ul> | <p>100%<br/>(NC = 0)</p> | <p>95%</p> | <p>100%</p> | <p>3</p> |
| <p>B1</p>  | <p>Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati con alimentazione dei flussi informativi di governo NSIS</p> | <p>Corretta tenuta dei flussi di governo (STS, FLS,....) nel rispetto della procedura aziendale di riferimento, attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati per la copertura quantitativa e qualitativa dei dati con soddisfazione del debito informativo NSIS</p> | <p>Completezza della rilevazione entro il 31.01.2017 di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>% di utenti senza errori di informazioni anagrafiche</li> <li>% di utenti senza errori di anagrafiche di servizio</li> <li>% di utenti con valutazione completata entro 90 gg.</li> <li>% di congruità del quadro H del FLS 21 con il flusso SIAD</li> </ul>  | <p>100%</p>              | <p>95%</p> | <p>100%</p> | <p>3</p> |
| <p>B2a</p> |   | <p>Alimentazione del sistema All@nte (puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati) per il flusso SIAD</p>  |   |                          |            |             |          |





SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DISTRETTO della VALNERINA

Responsabile Dr. Franco Lanzi

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| Flussi Informativi |  |  |  |      |     |      |   |
|--------------------|--|--|--|------|-----|------|---|
| B32b               | Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati da parte dei Servizi distrettuali e delle strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali i a gestione diretta e a gestione indiretta nel SW Att@nte con alimentazione dei rispettivi flussi | Alimentazione del sistema Att@nte (puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati) per il flusso FAR per gli anziani       | Completezza della rilevazione entro il 31.01.2017 di:<br>% di utenti senza errori di informazioni anagrafiche<br>% di utenti senza errori di anagrafiche di servizio<br>% di congruità del quadro F del STS 24 con il flusso FAR -semiresidenzialità<br>% di congruità del quadro G del STS 24 con il flusso FAR - residenzialità  | 100% | 95% | 100% | 3 |
| B32c               |  | Alimentazione del sistema Att@nte (puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati) per il flusso FAR per i disabili        | Completezza della rilevazione entro il 31.01.2017 di:<br>% di utenti senza errori di informazioni anagrafiche<br>% di utenti senza errori di anagrafiche di servizio<br>% di utenti con valutazione completata entro 180 gg.<br>% di congruità del quadro F del STS 24 con il flusso FAR -semiresidenzialità<br>% di congruità del quadro G del STS 24 con il flusso FAR - residenzialità<br>Avvio utilizzo scheda SVAMD1 informatizzata | 100% | 95% | 100% | 3 |
| B32d               |  | Alimentazione del sistema Att@nte (puntuale, tempestiva, pertinente, veritiera e corretta registrazione dei dati) per il flusso ETA' EVOLUTIVA | Completezza della rilevazione entro il 31.01.2017 di:<br>% di utenti senza errori di informazioni anagrafiche<br>% di utenti senza errori di anagrafiche di servizio<br>% di utenti con valutazione completata entro 180 gg.<br>% di congruità del quadro F del STS 24 con il flusso NPI - SEE-semiresidenzialità<br>% di congruità del quadro G del STS 24 con il flusso NPI -SEE - residenzialità                                      | 100% | 95% | 100% | 3 |

PESO OBIETTIVI FLUSSI INFORMATIVI 15

*C: OBIETTIVI DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI*


**USL Umbria2**

SCHEDA OBIETTIVI  
 AREA SANITARIA  
 DIREZIONE AZIENDALE  
 UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE  
 DISTRETTO della VALNERINA

*Responsabile Dr. Franco Lanzi*

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| OBIETTIVI | AZIONI   | INDICATORI   | VALORE<br>NEGOTIATO   | RANGE            |       | PESO  |   |
|-----------|--|--|---|------------------|-------|-------|---|
|           |  |  |   | MIN              | MAX   |       |   |
| C1a       | Migliorare e qualificare le modalità organizzative ed erogative nella gestione dell'offerta delle prestazioni ambulatoriali per garantire:   | 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. | 5.600            | 5.400 | 5.600 | 2 |
| C1b       | Monitoraggio erogazione delle prestazioni  | Monitoraggio tempi di attesa delle prestazioni RAO e delle prestazioni non RAO   | Percentuale di prestazioni prenotate sul totale delle prestazioni erogate   | 85%              | 80%   | 100%  | 1 |
| C1c       | - Il mantenimento di adeguati e appropriati livelli dell'offerta rispetto alla domanda,<br>- il contenimento dei tempi di attesa,<br>- l'efficienza organizzativa del sistema,<br>- l'equità di accesso ai servizi ambulatoriali | Validazione dell'erogato nei servizi con monitoraggio della concordanza RAO, per le prestazioni che lo prevedono, nel rispetto della procedura aziendale | % di prestazioni erogate nei tempi previsti per i RAO (RAO U=39g; B= 109g; D=306/09g; P=360 9g) e per i non RAO (30 9g)   | 90%              | 85%   | 100%  | 2 |
| C1d       |  | Validazione effettuata/validazione totale con % di rilevazione della concordanza per le prestazioni RAO per le prestazioni che lo prevedono              | Validazione effettuata/validazione totale con % di rilevazione della concordanza per le prestazioni RAO per le prestazioni che lo prevedono   | 100%             | 95%   | 100%  | 2 |
| C1e       |  | Gestione sospensione delle agende nel rispetto della procedura aziendale   | Corretta applicazione della procedura prevista per la gestione della sospensione delle agende   | 100%<br>(NC = 0) | 95%   | 100%  | 1 |
| C2        | Promuovere la dematerializzazione delle prescrizioni di specialista ambulatoriale al fine di efficientare i sistemi e facilitare la presa in carico dei pazienti   | Pieno utilizzo del ricettario elettronico da parte di tutti i medici prescrittori della struttura evitando di rinviare il paziente al MMG/PLS            | N. richieste prestazioni dematerializzate / N. richieste totali   | 100%             | 80%   | 100%  | 2 |

PESO OBIETTIVI LISTE ATTESA

10

| DIA | OBIETTIVI   | AZIONI   | D. OBIETTIVI ORGANIZZATIVI | INDICATORI                         | VALORE<br>NEGOTIATO | RANGE |      | PESO |
|-----|---|--|----------------------------|------------------------------------|---------------------|-------|------|------|
|     |   |  |                            |                                    |                     | MIN   | MAX  |      |
|     |   | Partecipazione alle riunioni della Direzione Sanitaria finalizzate anche alla revisione organizzativa dei Servizi territoriali |                            |                                    |                     |       |      |      |
| Dia | Promuovere la riorganizzazione e la razionalizzazione dei servizi farmacia in |  |                            | N. partecipazioni/ n. convocazioni | 100%                | 95%   | 100% | 1    |


**USL Umbria2**

SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA  
DIREZIONE AZIENDALE  
UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITÀ ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE

DISTRETTO della VALNERINA

Responsabile *Dr. Franco Lanzi*

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

|     |  |  |  |      |     |      |   |
|-----|--|--|--|------|-----|------|---|
| D1b | aderenza alle linee di indirizzo regionali e alla programmazione aziendale per:<br>- efficientare il sistema<br>- assicurare percorsi di presa in carico dei pazienti efficaci ed appropriati  | Stesura dei regolamenti per l'accesso alle strutture territoriali (RP, RSA, strutture psichiatriche, strutture per disabili, ...) e stesura dei manuali per l'effettuazione delle verifiche e dei controlli nelle strutture.<br>Presentare l'elenco dei documenti da redigere entro il 31 marzo 2016 | N. regolamenti e manuali redatti/ numero totali da redigere  | 100% | 95% | 100% | 2 |
| D2  | Promuovere la riorganizzazione dei servizi di NPI e dell'età evolutiva su base aziendale e distrettuale  | Stesura piano di riorganizzazione complessiva dei servizi aziendali con individuazioni strutture, attività e obiettivi da realizzare   | Presentazione piano di riorganizzazione entro il 31. marzo 2016  | 100% |     |      | 2 |
| D3a | Promuovere e qualificare l'integrazione territorio -ospedale   | Attivazione percorso dimissione precoce informatizzato in AU@nte come da progetto regionale:<br>- Utilizzo modulo InterRAI HC (Home Care) per la gestione dell'assistenza domiciliare<br>- Utilizzo modulo InterRAI P.C. (Palliative Care) per la gestione delle Cure palliative                     | N° gestioni informatizzate da parte delle Cds o UCP territoriali/ n. richieste ospedaliere   | 100% | 95% | 100% | 1 |
| D3b |  |  |  | 100% | 95% | 100% | 1 |
| D5  | Plena attivazione PDTA Diabete tipo 2 come da DGR 933/2014 e Delibera del Direttore Generale n. 967 del 16.10.2015 al fine di garantire percorsi integrati e di qualità per la presa in carico dei pazienti affetti da diabete mellito tipo II | Avvio programma operativo di sanità di iniziativa del progetto aziendale per il Diabete Mellito tipo II così come stabilito a livello distrettuale   | N. pazienti seguiti con programma di sanità di iniziativa/ n. pazienti eleggibili al programma con rilevazione degli indicatori dell'allegato 1v pag 29 DGR 933/2014 | 100% | 80% | 100% | 3 |

Organizzazione


**USL Umbria2**

 SCHEDA OBIETTIVI  
 AREA SANITARIA  
 DIREZIONE AZIENDALE  
 UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE

DISTRETTO della VALNERINA

Responsabile Dr. Franco Lanzi

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

|    |  |  |  |      |   |
|----|--|--|--|------|---|
| D6 | <p>Promuovere l'implementazione dei percorsi diagnostico - terapeutici (PDTA) deliberati dalla Regione Umbria al fine di garantire percorsi integrati e di qualità per la presa in carico delle diverse tipologie di pazienti assicurando la migliore sequenza temporale e spaziale possibile degli interventi da effettuare</p> | <p>Attuazione con il supporto del Servizio Qualità e Accreditamento :<br/>         - DGR n. 41 del 28/01/2014 "Linee di indirizzo per il trattamento della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCCO)"<br/>         - DGR n. 562 del 26/05/2014 "Linee di indirizzo sul percorso prescrittivo di ausili tecnologici per la comunicazione in età evolutiva all'interno del progetto riabilitativo individualizzato"<br/>         - DGR n. 563 del 26/05/2014 "Linee di indirizzo sulla prescrizione protesica di sistemi motorio-posturali in età evolutiva all'interno del progetto riabilitativo individualizzato"<br/>         - DGR n. 330 del 15/04/2013 "Linee di indirizzo per la diagnosi precoce e la presa in carico multi professionale sui disturbi specifici del linguaggio"<br/>         - DGR n. 234 del 10/03/2014 "Revisione DGR n. 321/2006 "Percorsi prescrittivi protesici acustiche in età adulta"</p> | <p>Relazione dettagliata di verifica di attivazione del percorso in relazione alla programmazione stabilita e rendicontazione obiettivi raggiunti rispetto agli indicatori individuati</p> | 100% | 4 |
|----|--|--|--|------|---|

PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI

14

| OBIETTIVO   |  | AZIONI  | L'OBIETTIVO DESTINATARIO |            | VALORE NEGOCIATO | RANGE |  | PESO   |
|---|--|---|--------------------------|------------|------------------|-------|--|--------|
| E1a   | E1b  |   | MIN                      | MAX        |                  |       |  |        |
| Promuovere la prevenzione delle malattie infettive          | Garantire adeguati livelli di copertura vaccinale in collaborazione con DIP, MMG e PLS | Tasso copertura vaccinale MPR nei bambini<br>Tasso copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani > 65 anni | ≥ 95<br>≥ 75             | 90%<br>70% | 100%<br>100%     |       |  | 1<br>1 |
| E2a<br>Promuovere la prevenzione delle malattie oncologiche | Miglioramento dei tassi di adesione per i 3 programmi degli screening oncologici       | Tasso adesione screening citologico<br>Tasso adesione screening mammografico                                  | > 55%<br>> 62,7%         | 50%<br>60% | 100%<br>100%     |       |  | 1<br>1 |


  
**USL Umbria2**

SCHEDA OBIETTIVI  
 AREA SANITARIA  
 DIREZIONE AZIENDALE  
 UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE

DISTRETTO della VALNERINA

Responsabile Dr. Franco Lanzi

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| Attività | Descrizione  | Indicatore   | Valore      | Obiettivo      | Valore      | Obiettivo | Obiettivo | Obiettivo |
|----------|--|--|-------------|----------------|-------------|-----------|-----------|-----------|
| E2c      |  | Tasso adesione screening colon retto   | > 42,8%     | 40%            | 100%        |           | 1         |           |
| E3a      |  | % di anziani >65 anni trattati in ADI  | 3,50%       | 3%             | 4%          |           | 1         |           |
| E3b      | Migliorare e qualificare la presa in carico dei pazienti nelle cure domiciliari  | Monitoraggio su base trimestrale della distribuzione dei CIA per i 4 livelli previsti rispetto alla % per livello definita dagli standard, ovvero:<br>CIA 0 livello 0,13<br>CIA 1 livello 0,14-0,30<br>CIA 2 livello 0,31-0,50<br>CIA 3 livello 0,51-0,60<br>CIA 4 livello 0,61-1<br>con analisi dei motivi di diversa distribuzione percentuale | 100%        |                |             |           | 1         |           |
| E4b      | Migliorare e qualificare l'assistenza ai malati terminali  | Attivazione UCP e presa in carico dei pazienti con piena attivazione della rete delle UCP in aderenza alla Delibera del Direttore Generale n. 645 del 25/07/2014.  | ≥ 80 %      | 75%            | 80%         |           | 1         |           |
| E4a      |  | N. pazienti seguiti a domicilio dalle UCP/ n. richieste arrivare all'UCP   | 100%        | 90%            | 100%        |           | 1         |           |
| E5       | Migliorare e qualificare l'assistenza ai pazienti inseriti nelle strutture intermedie  | Degenza media  | < 60 gg.    | 85 gg.         | 30 gg.      |           | 1         |           |
| E6       | Migliorare e qualificare l'assistenza ai pazienti inseriti nelle strutture residenziali  | Inserimento anziani rispetto alla tipologia di bisogno con identificazione degli inserimenti R2D   | 100%        |                |             |           | 1         |           |
| E7a      |  | Volume di attività prestazioni di accesso ai servizi   | ≥ anno 2015 | < 2% anno 2015 | ≥ anno 2015 |           | 1         |           |
| E7b      | Migliorare e qualificare l'assistenza nei servizi dell'età evolutiva e della neuropsichiatria infantile anche al fine di uniformare le procedure di accoglienza, di presa in carico e di gestione dei percorsi | Aderenza agli iter di presa in carico per la diversa tipologia di pazienti che accedono ai servizi   | 100%        |                |             |           | 1         |           |
| E7c      |  | Rispetto dei tempi di attesa per le visite di primo accesso (30 gg)<br>Rispetto dei tempi di attesa per la conclusione del percorso valutativo<br>Rispetto dei tempi di attesa per la conclusione del percorso terapeutico   | 90%         | 80%            | 100%        |           | 1         |           |
|          |  | Garantire il contenimento dei tempi di attesa e l'equità di accesso ai servizi   |             |                |             |           |           |           |



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DISTRETTO della VALNERINA

Responsabile Dr-Franco Lanzi

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| E88       | Sorveglianza malattie rare   | Completamento alimentazione registro  | N. inserimento registrazioni pregresse/n. certificazioni da inserire nel registro   | 100%                | 90%                 | 100%                | 1 | PESO OBIETTIVI DI ATTIVITÀ - 15 |  |           |  |      |
|-----------|--|---|---|---------------------|---------------------|---------------------|---|---------------------------------|--|-----------|--|------|
|           |  |   |   |                     |                     |                     |   |                                 |  |           |  |      |
| OBIETTIVI |  | AZIONI  |   | INDICATORI          |                     | VALORE NEGATIVO     |   | RANGE MIN                       |  | RANGE MAX |  | PESO |
| F1a       | Promuovere la gestione di qualità delle attività delle strutture e dei servizi attraverso il conseguimento dell'accreditamento/della certificazione o l'avvio delle procedure per la SGQ per assicurare gli standard e i livelli di conformità previsti dalle norme di Accreditemento Istituzionale e dalle norme ISO      | Strutturazione del programma specifico per la struttura   | Sottoscrizione obiettivi specifici da allegare alla scheda di budget  | entro febbraio 2016 | entro febbraio 2016 | entro febbraio 2016 | 2 |                                 |  |           |  |      |
| F2a       | 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.  | Perseguimento programma specifico per la Macroindicazione e le strutture di pertinenza  | Sottoscrizione obiettivi specifici da allegare alla scheda di budget  | entro febbraio 2016 | marzo 2016          | entro febbraio 2016 | 1 |                                 |  |           |  |      |
| F2b       |  | Conseguimento obiettivi sottoscritti  | Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti   | 100%                |                     |                     | 2 |                                 |  |           |  |      |
| F3        | Promuovere le attività di promozione della Salute in aderenza a quanto previsto dal Piano della Prevenzione con il supporto del Servizio Promozione della Salute   | Programmazione delle attività distrettuali di promozione della salute in linea con il PRP   | Attività realizzate /attività previste  | 100%                | 90%                 | 100%                | 2 |                                 |  |           |  |      |
| F4a       | Promuovere l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica, l'appropriatezza prescrittiva di specialistica ambulatoriale e l'appropriatezza degli interventi di salute anche attraverso il governo, la gestione e il monitoraggio degli obiettivi previsti dagli Accordi decentrati per la Medicina Generale, per la Continuità | Monitoraggio e controllo, anche in collaborazione con il DAF e con i servizi specialistici interessati sia territoriali che ospedalieri, degli obiettivi specifici previsti dagli accordi e analisi dei fenomeni correlati con il livello di appropriatezza prescrittiva al fine di individuare le situazioni che necessitano | Analisi del tasso di prestazioni specialistiche a maggior rischio di inappropriatazza (odontoiatria, laboratorio analisi, esami genetici, TAC, RMN, densitometria, allergologia e dermatologia) e della tipologia di prescrizioni farmaceutiche con identificazione di misure di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva |                     |                     |                     | 2 |                                 |  |           |  |      |

zza 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

DISTRETTO della VALNERINA

 Responsabile *Dr. Franco Lanzi*

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| Qualità, Appropriate  |  | di interventi di miglioramento.   |   | Spesa pro-capite assistenza farmaceutica territoriale  |         | 132,00                  |   | 144              |  | 132                 |  | 1           |  |
|---|--|---|---|--|---------|-------------------------|---|------------------|--|---------------------|--|-------------|--|
| F4b   | Assistenziale e per la <b>Recuperta di Libera Scelta.</b>  |   |   |  |         |                         |   |                  |  |                     |  |             |  |
| F5  | Garantire la gestione appropriata nell'utilizzo dei beni sanitari per le strutture di pertinenza | Monitoraggio della richiesta/consumo dei beni sanitari  | Rispetto della cifra economica assegnata dal servizio farmaceutico  | 100%   | 95%     | 100%                    | 1 |                  |  |                     |  |             |  |
| F6a   |  | Monitoraggio dei costi dell'assistenza integrativa  | Spesa per assistenza integrativa  | 220.000  | 240.000 | 220.000                 | 1 |                  |  |                     |  |             |  |
| F6b   |  | Monitoraggio e controllo dei costi dell'assistenza protesica evidenziando per trimestre le criticità verso cui approntare azioni correttive   | Spesa pro-capite assistenza protesica   | 20,0   | 21,0    | 20,0                    | 1 |                  |  |                     |  |             |  |
| F6c   | Promuovere il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed autorizzativa                    | Monitoraggio e controllo dei costi della nutrizione artificiale evidenziando per trimestre le criticità verso cui approntare azioni correttive monitorando anche la corretta applicazione dei protocolli per la prescrizione dei prodotti per la nutrizione artificiale | Numero prescrizioni nel rispetto dei protocolli/numero totali di prescrizioni di prodotti per la nutrizione artificiale | 100%   | 95%     | 100%                    | 1 |                  |  |                     |  |             |  |
| F6d   |  | Aderenza alla DGR 1324 del 2002 per assicurare l'appropriatezza autorizzativa della spesa per i trasporti sanitari  | Monitoraggio consumi per trasporti sanitari con analisi dettagliata delle richieste effettuate dai servizi              | 4 analisi sui monitoraggi prodotti   |         |                         | 1 |                  |  |                     |  |             |  |
| <b>PESO OBIETTIVI QUALITÀ, APPROPRIATEZZA, SICUREZZA DELLE CURE</b>                 |  |   |   |  |         |                         |   |                  |  |                     |  |             |  |
| 17  |  |   |   |  |         |                         |   |                  |  |                     |  |             |  |
| <b>G. OBIETTIVI PER LA REALIZZAZIONE DEL PIANO AZIENDALE</b>                        |  |   |   |  |         |                         |   |                  |  |                     |  |             |  |
| <b>OBIETTIVI</b>  |  | <b>AZIONI</b>   |   | <b>INDICATORI</b>  |         | <b>VALORE NEGOTIATO</b> |   | <b>RANGE MIN</b> |  | <b>RANGE MAX</b>    |  | <b>PESO</b> |  |
| Attuazione delle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale della |  | Mappatura processi e individuazione attività di rischio   |   | Sottoscrizione obiettivi specifici inseriti nel Piano Anticorruzione da allegare alla scheda di budget |         | entro febbraio 2016     |   | marzo 2016       |  | entro febbraio 2016 |  | 5           |  |



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DISTRETTO della VALNERINA

Responsabile *Dr. Franco Lanzi*

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| Piani Attuati |  | PESO OBIETTIVI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI  |      |
|---------------|--|---|------|
| G1b           | Prevenzione della Corruzione 2016-2018   | Conseguimento obiettivi sottoscritti  | 100% |
| G2            | Attuazione delle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale per l'integrità e la Trasparenza | Publicazione nel sito aziendale sezione "Amministrazione Trasparente" quanto di propria competenza                      | 100% |
|               |  | Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti   | 100% |
|               |  | Numero pubblicazioni effettuate/numero pubblicazioni dovute sul sito aziendale nei termini previsti dal piano triennale | 100% |
|               |  |   | 5    |
|               |  |   | 20   |

PESO TOTALE 100

**NOTA A**  
E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura, nonché del/i responsabile/i di posizione organizzativa illustrare e condividere, con tutto il personale afferente la struttura, gli obiettivi gestionali assegnati. L'assolvimento degli obblighi di legge in merito a prevenzione della corruzione, trasparenza ed integrità in capo ai Responsabili di struttura (dirigenti e titolari P.O.) costituisce condizione di accesso all'istituto. L'illustrazione e condivisione degli obiettivi a tutto il personale della struttura vanno verbalizzate e i verbali redatti con individuazione dei convocati e le firme dei presenti vanno trasmesse al Controllo di Gestione entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi e/o dei piani specifici.

**NOTA B**  
L'illustrazione e la condivisione va fatta anche per tutti gli altri piani, se assegnati alla struttura (qualità e accreditamento, rischio clinico), per 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. Tali operatività dovranno essere valutate per gli Item A entro il 28.2.2017 e trasmesse all'Ufficio Relazioni Sindacali entro il 10.3.2017. 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 2017. La mancata trasmissione delle relazioni suddette comporta una decurtazione del punteggio finale pari al massimo al 10% del totale ottenuto.

Sede e Data negoziazione

215 FEB. 2016

Firma Responsabile

Timbro e Firma Direzione



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Responsabile *Dr.ssa Antonia Tamantini*

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| Contabilità Generale e Analitica |   | A. OBIETTIVI PER LA GESTIONE E RENDICONTAZIONE DELLE RISORSE E DI EQUILIBRIO ECONOMICO |  |                  |                 |                |      |
|----------------------------------|---|--|--|------------------|-----------------|----------------|------|
|                                  |   | AZIONI   | INDICATORI   | VALORE NEGOZIATO | RANGE           |                | PESO |
|                                  |   |  |  |                  | MIN             | MAX            |      |
| A1                               | Gestione Risorse assegnate in forma delegata dal Distretto  | Tenuta sotto controllo del budget  | Monitoraggio fattori produttivi e rendicontazione al Distretto per la verifica della Spesa | € 9.800.000,00   | € 10.000.000,00 | € 9.800.000,00 | 2    |
| A2                               | 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    | 100% entro il 10 del mese successivo   | 100% (NC = 0)    |                 |                | 2    |
| PESO OBIETTIVI ECONOMICI         |   |  |  |                  |                 |                |      |

|     |  | B. OBIETTIVI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DEI DATI E DEI FLUSSI INFORMATIVI                                    |   |                                    |       |      |      |
|-----|--|---|---|------------------------------------|-------|------|------|
|     |  | AZIONI  | INDICATORI  | VALORE NEGOZIATO                   | RANGE |      | PESO |
|     |  |   |   |                                    | MIN   | MAX  |      |
| B1a | Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati da parte delle strutture di degenza nel SW SINCOS con alimentazione dei flussi informativi | Miglioramento della codifica della SDO in concordanza con i contenuti della cartella clinica                          | Riduzione del numero degli edili rispetto a consuntivo 2015   | < Valore 2015                      | 95%   | 100% | 1    |
| B1b |  | Chiusura SDO entro 15 gg. dalla dimissione  | SDO chiuse/totali dimessi   | 98%                                | 97%   | 100% | 2    |
| B1c |  | Controllo qualità e appropriatezza delle cartelle cliniche in collaborazione con la Direzione Sanitaria dell'Ospedale | Effettuazione controlli sulle cartelle cliniche come da disposizioni ministeriali per: A) verifica di concordanza SDO/Cartella clinica; B) verifica appropriatezza del trattamento  | A) 10%<br>B) 2,5%<br>Dicembre 2016 |       |      |      |
| B1d | Controllo sistematico casistica DRG potenzialmente inappropriati in collaborazione con la Direzione Sanitaria dell'Ospedale  | Pieno utilizzo cartella clinica informatizzata  | Utilizzo fogli attivi SDO, lettera dimissione, registro operatorio, certificazione inps con corretta assegnazione data prenotazione ricoveri programmati e classe di priorità nel rispetto del regolamento dei ricoveri aziendali | 100%                               | 97%   | 100% | 1    |
| B1e |  |   |   | 100%                               |       |      | 2    |

*Handwritten signature/initials*



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Responsabile *Dr.ssa Antonia Tamantini*

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| Flussi In |  | PESO OBIETTIVI FLUSSI INFORMATIVI  |                          |            |             |   |
|-----------|--|--|--------------------------|------------|-------------|---|
| B24       | <p>Corretta tenuta dei flussi di governo (STS, FLS,.....) nel rispetto della procedura aziendale di riferimento, attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati per la copertura quantitativa e qualitativa dei dati con soddisfazione del debito informativo NSIS</p>             | <p>Trasmissione dei flussi nel rispetto delle modalità, della completezza, della qualità, delle scadenze previste dalle disposizioni nazionali e regionali in aderenza alla procedura aziendale che prevede i seguenti controlli:<br/>% modelli STS24 inviati rispetto al numero dei modelli STS_11 che rilevano le strutture che erogano assistenza psichiatrica</p>                                    | <p>100%<br/>(NC = 0)</p> | <p>95%</p> | <p>100%</p> | 3 |
| B24       | <p>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 Atlante con alimentazione dei rispettivi flussi</p> | <p>Completezza della rilevazione entro il 31.01.2017 di:<br/>% di utenti senza errori di informazioni anagrafiche<br/>% di utenti senza errori di anagrafiche di servizio<br/>% di utenti con valutazione completata entro 180 gg.<br/>% di congruità del quadro F del STS 24 con il flusso SISIM -semiresidenzialità<br/>% di congruità del quadro G del STS 24 con il flusso SISIM- residenzialità</p> | <p>100%</p>              | <p>95%</p> | <p>100%</p> | 3 |

| Liste di attesa |   | PESO OBIETTIVI LISTE ATTESA  |  |             |            |             |   |
|-----------------|---|--|--|-------------|------------|-------------|---|
| C1              | <p>Garantire le corrette modalità organizzative ed erogative per la gestione dell'offerta delle prestazioni</p>   | <p>Definizione volumi di attività prime visite e prestazioni successive</p>  | <p>Rispetto del Volume di prestazioni complessive per i servizi territoriali</p> | <p>100%</p> | <p>80%</p> | <p>100%</p> | 2 |
|                 |   |  |  |             |            |             |   |
| C2              | <p>Promuovere la dematerializzazione delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale al fine di efficientare i sistemi e facilitare la presa in carico dei pazienti</p> | <p>Pieno utilizzo del ricettario elettronico da parte di tutti i medici prescrittori della struttura evitando di rinviare il paziente al MMG/PLS</p> | <p>N. richieste prestazioni dematerializzate / N. richieste totale</p>           | <p>100%</p> | <p>80%</p> | <p>100%</p> | 2 |

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE - OBIETTIVI 2016.xls



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIREZIONE AZIENDALE

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Responsabile Dr.ssa Antonia Tamantini

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| OBIETTIVI   | AZIONI   | INDICATORI   | VALORE<br>NEGOTIATO | RANGE |     | PESO |
|---|--|--|---------------------|-------|-----|------|
|   |  |  |                     | MIN   | MAX |      |
| 011<br>Promuovere la riorganizzazione dei servizi di afferenza del Dipartimento in collaborazione con i Distretti al fine di garantire uniformità di accesso ai servizi nei diversi ambiti territoriali | Mappatura delle organizzazioni dei servizi del Dipartimento al fine di definire un modello organizzativo di base per tipologia di servizio di riferimento per l'organizzazione specifica nei territori | Definizione dei modelli base e rivisitazioni organizzazioni e operatività specifiche in aderenza ai modelli proposti | 100%                |       |     | 4    |
| 012<br>Promuovere l'integrazione con i Servizi dell'età evolutiva per la gestione del passaggio all'età adulta  | Revisione dei percorsi per la gestione dei casi di passaggio all'età adulta  | Revisione e implementazione dei percorsi revisionali   | 100%                |       |     | 3    |
| 013<br>Promuovere l'integrazione con il Dipartimento delle Dipendenze per la gestione delle doppie diagnosi   | Revisione dei percorsi per la gestione delle doppie diagnosi anche in relazione ai nuovi bisogni sia per i pazienti in assistenza territoriale che in assistenza penitenziaria                         | Revisione e implementazione dei percorsi revisionali   | 100%                |       |     | 3    |

Organizzazione

PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI

10

| OBIETTIVI   | AZIONI  | E OBIETTIVI DI ATTIVITÀ   | INDICATORI | VALORE<br>NEGOTIATO         | RANGE                  |                             | PESO        |
|---|---|---|------------|-----------------------------|------------------------|-----------------------------|-------------|
|   |   |   |            |                             | MIN                    | MAX                         |             |
| E1<br>Migliorare e qualificare l'offerta e l'erogazione delle prestazioni mediche   | Definizione volumi di attività, prestazioni di ricovero per acuti e per riabilitazione                              | Volume, dimessi, numero ricoveri  |            | 700                         | 600                    | 700                         | 2           |
| E2a<br>Raggiungimento degli obiettivi ( Patto per la Salute, Mes, Indicazioni regionali, strategia aziendale) per promuovere l'efficacia e l'efficienza degli interventi assistenziali in ambito medico | Raggiungimento risultato fissato per gli obiettivi di interesse per strutture mediche - C14 - Appropriatazza Medica | C14.2 - Percentuale ricoveri in dh medico con finalità diagnostica<br>C14.3 - Percentuale ricoveri ordinari medici brevi<br>C14.4 Percentuale ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni |            | < 18,00<br>< 19,00<br>< 2,8 | 20,0%<br>20,0%<br>3,0% | < 18,00<br>< 19,00<br>< 2,8 | 2<br>2<br>2 |
| E2b<br>Raggiungimento degli obiettivi ( Patto per la Salute, Mes, Indicazioni regionali, strategia aziendale) per promuovere l'efficacia e l'efficienza degli interventi assistenziali in ambito medico | Valutazione dimissione volontarie dai reparti   | DI 8 % dimissioni volontarie  |            | < 1                         | 1,2%                   | < 1                         | 2           |

*Handwritten signature/initials*



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Responsabile *Dr.ssa Antonia Tamantini*

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| F3h  |  | F4a   |  | F4b  |  | F4c                                    |  |   |
|--|--|---|--|--|--|--|--|---|
| aziendale) per promuovere la qualità degli interventi assistenziali  |  | Controllo appropriatezza durata ricoveri ordinari   |  | Degenza media ricoveri medici ordinari   |  | < 14 gg. 16 gg. < 14 gg.               |  | 2 |
| Migliorare e qualificare l'assistenza nei servizi del CSM anche al fine di uniformare le procedure di accoglienza, di presa in carico e di gestione dei percorsi |  | Garantire le corrette modalità organizzative ed erogative per la gestione dell'offerta delle prestazioni cliniche dei servizi |  | Volumi di attività prestazioni di accesso ai servizi   |  | ≥ anno 2015 < 2% anno 2015 ≥ anno 2015 |  | 2 |
|  |  | Garantire il contenimento dei tempi di attesa e l'equità di accesso ai servizi  |  | Aderenza agli tier di presa in carico per la diversa tipologia di pazienti che accedono ai servizi |  | 100%                                   |  | 2 |
|  |  |   |  | Rispetto dei tempi di attesa per le visite di primo accesso (30 gg)                                |  | 90%                                    |  | 2 |
|  |  |   |  | Rispetto dei tempi di attesa per la conclusione del percorso valutativo                            |  | 80%                                    |  | 2 |
|  |  |   |  | Rispetto dei tempi di attesa per la conclusione del percorso terapeutico                           |  | 100%                                   |  | 2 |

PESO OBIETTIVI DI ATTIVITA' 18

| F1a  |  | F1b  |  | F2a  |  | F2b                 |  |   |
|--|--|--|--|--|--|---------------------|--|---|
| 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 Accreditemento Istituzionale e dalle norme ISO |  | Strutturazione del programma specifico per la struttura                                |  | Sottoscrizione obiettivi specifici da allegare alla scheda di budget |  | entro febbraio 2016 |  | 2 |
|  |  | Conseguimento obiettivi sottoscritti con il Servizio Qualità e accreditamento          |  | Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti                              |  | 100%                |  | 2 |
| Promuovere la cultura del risk management e della gestione del rischio clinico al fine di identificare i potenziali rischi e le risposte adeguate perseguendo obiettivi aziendali strategici ben delineati.  |  | Perseguimento programma specifico per la Macroricadazione e le strutture di pertinenza |  | Sottoscrizione obiettivi specifici da allegare alla scheda di budget |  | entro febbraio 2016 |  | 1 |
|  |  | Conseguimento obiettivi sottoscritti   |  | Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti                              |  | 100%                |  | 2 |

01



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Responsabile *Dr.ssa Antonia Tannantini*

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

|     |  |  |  |      |     |      |   |
|-----|--|--|--|------|-----|------|---|
| F3  | Promuovere le attività di promozione della Salute in aderenza a quanto previsto dal Piano della Prevenzione con il supporto del Servizio Promozione della Salute | Programmazione delle attività distrettuali di promozione della salute in linea con il PRP                        | Attività realizzate /attività previste   | 100% | 90% | 100% | 2 |
| F-1 | Gestione appropriata utilizzo beni sanitari per le strutture di pertinenza   | Monitoraggio della richiesta/consumo dei beni sanitari   | Cifra economica assegnata dal servizio farmaceutico  | 100% | 95% | 100% | 4 |
| F5n |  | Determinazione protocollo antibiotico/terapia e successiva applicazione  | Presentazione entro il mese di Marzo e determinazione % di prescrizioni in aderenza al protocollo                  | 100% |     |      | 2 |
| F5b |  | Determinazione prontuario farmaceutico Aziendale (Ospedale, Territorio) e successiva applicazione                | Presentazione entro il mese di Marzo e determinazione % di prescrizioni in aderenza al prontuario                  | 100% |     |      | 2 |
| F5c | Promuovere l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica finalizzata alla sicurezza delle cure e all'efficiente utilizzo delle risorse                              | Redazione specifici piani terapeutici per i trattamenti delle patologie reumatologiche e successiva applicazione | Presentazione piani terapeutici entro Febbraio e determinazione % di prescrizioni in aderenza ai piani terapeutici | 100% |     |      | 2 |
| F5d |  | Percentuale prescrizione SSRI  | Prescrizione di SSRI non genericabili su tutta la classe ATC   | <25% |     |      | 2 |
| F5e |  | Utilizzo richiesta unica motivata per antibiotico/terapia e albumine   | Numero richieste motivate numero/richieste previste  | 100% | 90% | 100% | 2 |
| F5f |  | Erogazione 1° ciclo terapia nei pazienti dimessi   | Numero dei pazienti che ritirano i farmaci /numero dei dimessi   | ≥1%  |     |      | 2 |
| F5g |  | Alimentazione dei dati mobilità attiva farmaceutica nella procedura informatica "FILE F"                         | Numero farmaci inseriti nella procedura " FILE F"/ numero farmaci erogati  | 100% |     |      | 2 |



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Responsabile *Dr.ssa Antonia Tamantini*

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| Qua  |  | Fca  |  | F7  |      |     |      |   |
|--|--|--|--|---|------|-----|------|---|
| <p>Promuovere l'appropriatezza prescrittiva di specialistica ambulatoriale anche attraverso le analisi di relazione fra la domanda e l'offerta</p>   |  | <p>Monitoraggio e controllo con le strutture di laboratorio e le strutture di diagnostica e con altre strutture ospedaliere, dell'appropriatezza prescrittiva da parte delle strutture del Dipartimento attraverso l'effettuazione di incontri specifici, con il supporto della Direzione dell'Ospedale, per analisi e verifiche per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la valutazione del tasso di prestazioni specialistiche a maggior rischio di inappropriatezza radiologiche e di laboratorio</li> <li>- l'identificazione delle misure di promozione e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva</li> <li>- la determinazione di volumi/valori di riferimento</li> </ul> |  | <p>Rendicontazione delle attività di analisi, monitoraggio e controllo, relazione sugli incontri specifici effettuati e sulla individuazione delle misure di promozione dell'appropriatezza individuale</p> |      | 2   |      |   |
| <p>Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza prescrittiva da parte dei servizi territoriali e dei MMG/P.L.S. in collaborazione con il Distretto e la Direzione Sanitaria dell'Ospedale, attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la valutazione del tasso di prestazioni specialistiche a maggior rischio di inappropriatezza di ambito del Dipartimento</li> <li>- la promozione e l'effettuazione di incontri specifici per analisi e verifiche con i MAP di riferimento</li> <li>- l'identificazione delle misure di promozione e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di percorsi di presa in carico</li> </ul> |  | <p>Rendicontazione delle attività di analisi, monitoraggio e controllo, relazione sugli incontri specifici effettuati e sulla individuazione delle misure di promozione dell'appropriatezza individuale</p>  |  | 100%  | 2    |     |      |   |
| <p>Promuovere il miglioramento dell'appropriatezza autorizzativa</p>   |  | <p>Aderenza DGR 1324 del 2002 per il governo e l'appropriatezza della spesa per i trasporti sanitari.</p>  |  | <p>% congruità delle richieste effettuate dai servizi</p>   | 100% | 95% | 100% | 2 |

PESO OBIETTIVI QUALITÀ: APPROPRIATEZZA, SICUREZZA DELLE CURE

33

Gli OBIETTIVI PER LA REALIZZAZIONE DEI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Responsabile *Dr.ssa Antonia Tamantini*

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| OBIETTIVI   | AZIONI   | INDICATORI  | VALORE<br>NEGOTIATO    | RANGE      |                        | PESO |
|---|--|---|------------------------|------------|------------------------|------|
|   |  |   |                        | MIN        | MAX                    |      |
| C1a<br>Attuazione delle misure previste per la<br>propria struttura dal Piano Triennale della<br>Prevenzione della Corruzione 2016-2018 | Mappatura processi e individuazione attività di<br>rischio   | Sottoscrizione obiettivi specifici inseriti nel<br>Piano Anticorruzione da allegare alla scheda di<br>budget                  | entro febbraio<br>2016 | marzo 2016 | entro febbraio<br>2016 | 5    |
|   |  |   |                        |            |                        |      |
| C1b<br>Attuazione delle misure previste per la<br>propria struttura dal Piano Triennale per<br>l'integrità e la Trasparenza             | Publicazione nel sito aziendale sezione<br>"Amministrazione Trasparenza" quanto di<br>propria competenza | Numero pubblicazioni effettuate/numero<br>pubblicazioni dovute sul sito aziendale nei<br>termini previsti dal piano triennale | 100%                   |            |                        | 5    |
| <b>PESO OBIETTIVI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI</b>   |  |   |                        |            |                        |      |
|   |  |   |                        |            |                        | 20   |

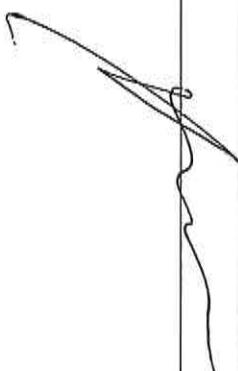
|           |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|--|--|
| NOTA<br>A | E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura, nonché del/i responsabile/i di posizione organizzativa, illustrare e condividere, con tutto il personale afferente la struttura, gli obiettivi gestionali assegnati. L'assolvimento 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 entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi e/o dei piani specifici.   |  |  |  |  |  |
| NOTA<br>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<br>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. Tali operatività dovranno essere valutate per gli item A entro il 28.2.2017 e trasmesse all'Ufficio Relazioni Sindacali entro il 10.3.2017. |  |  |  |  |  |
| NOTA<br>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 2017. 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

*Antonina Tamantini*

|   |   |
|---|---|
|  | SCHEDA OBIETTIVI<br>AREA SANITARIA  |
|   | DIREZIONE AZIENDALE<br>UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE |
| <b>DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE</b>   |   |
| <i>Responsabile Dr.ssa Antonia Tamantini</i>  |   |
| Anno 2016   |   |
| <u>PIANO DEGLI OBIETTIVI</u>  |   |
| <b>15 FEB. 2016</b>   | Timbro e Firma Direzione  |





**SCHEDA OBIETTIVI**  
**AREA SANITARIA**  
**DIREZIONE AZIENDALE**  
**UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITÀ ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE**  
**DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE**  
 Responsabile Dr.ssa Simona Biscconti  
 Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| Contabilità Generale e Analitica                           |   | PESCO OBIETTIVI ECONOMICI  |                 |                 |               | PESCO |
|--|---|--|-----------------|-----------------|---------------|-------|
| A1   | A2  | INDICATORI   | VALORE NEGATIVO | VALORE POSITIVO | VALORE NEUTRO |       |
| Gestione Ricerce assegnate in forma delegata dal Distretto | Garantire il corretto utilizzo delle risorse con garanzia della corretta alimentazione della contabilità analitica per quanto di pertinenza | Tenuta socio controllo del budget  | 100%            |                 |               | 3     |
|  |   | Monitoraggio fattori produttivi e rendicontazione al Distretto per la verifica della Spesa | 100%            |                 |               | 2     |

| Flussi Informativi  |  | PESCO OBIETTIVI INFORMATIVI   |                 |                 |               | PESCO |
|---|--|---|-----------------|-----------------|---------------|-------|
| A1  | A2   | INDICATORI  | VALORE NEGATIVO | VALORE POSITIVO | VALORE NEUTRO |       |
| Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati con alimentazione dei flussi informativi di governo NISIS o la corretta e completa registrazione dei dati da parte dei Servizi Territoriali nel SW gestionale con alimentazione dei rispettivi flussi | Corretta tenuta dei flussi di governo (STS, F.S.....) nel rispetto della procedura aziendale di riferimento, attraverso la puntualità, tempestività, pertinenza e corretta registrazione dei dati per la copertura quantitativa e qualitativa dei dati con soddisfazione del cliente informativo NISIS | Trasmissione dei flussi nel rispetto delle modalità, della completezza, della qualità, delle scadenze previste dalle disposizioni nazionali e regionali, in aderenza alla procedura aziendale che prevede i seguenti controlli:<br>% modelli STS 11 inviati rispetto al numero dei modelli dovuti che rilevano la struttura che erogano assistenza per i tossicodipendenti, i dipendenti e AIDS | 100% (NC = 0)   | 95%             | 100%          | 3     |
| Corretta alimentazione dei sistemi gestionali di pertinenza nel rispetto delle indicazioni fornite informative e produzione della reportistica specifica sui flussi definita per tutte le strutture   | Piano utilizzo da parte delle strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali del SW nlp e rilevazione dati di pertinenza  | Completezza della rilevazione per tutte le strutture servizi attivati al 31/12/2015 entro il 31/01/2016   | 100%            | 95%             | 100%          | 3     |
|   |  | Trasmissione reportistica richiesta al controllo di gestione su base trimestrale, su formati prestabiliti, entro 30 giorni dalla chiusura del trimestre   | 100%            | 98%             | 100%          | 4     |




SCHEDA OBIETTIVI  
 AREA SANITARIA  
 DIREZIONE AZIENDALE  
 UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE

DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

Responsabile Dr.ssa Sonia Discortini

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| OBIETTIVI                   |   | AZIONI  | 5° OBIETTIVO DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI<br>INDICATORI | VALORE<br>APEGGIATO | MIN | MAX  | PESO |
|-----------------------------|---|---|--|---------------------|-----|------|------|
| C1                          | Garantire la corretta modalità organizzativa ed erogative per la gestione dell'offerta delle prestazioni  | Definizione volumi di attività per le prestazioni dei servizi   | Rispetto del Volume di prestazioni complessive per i SerT e le Alcolgo                       | 100%                | 80% | 100% | 3    |
| C2                          | Promuovere la dematerializzazione delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale al fine di ottimizzare i sistemi e facilitare la presa in carico dai pazienti | Pieno utilizzo del ricambio elettronico da parte di tutti i medici prescrittori della struttura nei casi dovuti | N. richieste prestazioni dematerializzate / N. richieste totali                              | 100%                | 80% | 100% | 2    |
| PESO OBIETTIVI LISTE ATTESA |   |   |  |                     |     |      | 5    |



SCHEDA OBIETTIVI  
 AREA SANITARIA  
 DIREZIONE AZIENDALE  
 UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE  
 DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

Responsabile *Dr.ssa Sonia Discantini*

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| ORGANIZZAZIONE                      | OBIETTIVI   | AZIONI   | O. OBIETTIVI ORGANIZZATIVI  | INTEGRAZIONI | VALORE MESSAGGIO | RANGE |     | PESO      |
|-------------------------------------|---|--|---|--------------|------------------|-------|-----|-----------|
|                                     |   |  |   |              |                  | MIN   | MAX |           |
| 01                                  | Promuovere la riorganizzazione dei servizi di appartenenza del Dipartimento in collaborazione con i Distretti al fine di garantire uniformità di accesso ai servizi nei diversi ambiti territoriali | Mappatura delle organizzazioni dei servizi del Dipartimento al fine di definire un modello organizzativo di base per tipologia di servizio di riferimento per l'organizzazione specifica nei territori | Definizione dei modelli base e rivisitazioni organizzative e operabilità specifiche in aderenza ai modelli proposti |              | 100%             |       |     | 3         |
| 02                                  | Promuovere l'integrazione con il Dipartimento della Salute Mentale per la gestione delle doppie diagnosi  | Realizzare dei percorsi per la gestione delle doppie diagnosi anche in relazione ai nuovi bisogni sia per i pazienti in assistenza territoriale che in assistenza penitenziaria                        | Revisione e implementazione dei percorsi revisionati  |              | 100%             |       |     | 4         |
| 03                                  | Garantire la piena attività del CAF in tutti i Distretti al fine di ridurre l'abitudine al turno  | Attivazione dei Corsi in tutti i CAF con definizione dei percorsi e registrazione al CUP   | Attivazione dei nuovi percorsi entro il 31/3/2016   |              | 100%             |       |     | 3         |
| <b>PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI</b> |   |  |   |              |                  |       |     |           |
|                                     |   |  |   |              |                  |       |     | <b>10</b> |



USL Umbria2

 SCHEDA OBIETTIVI  
 AREA SANITARIA  
 DIREZIONE AZIENDALE  
 UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE

DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

Responsabile Dr.ssa Sonia Biondini

Anno 2016

## PIANO DEGLI OBIETTIVI

| Attività | OBIETTIVO  | AZIONE  | E OBIETTIVI DI ATTIVITA'  | INDICATORI  | VALORE MISURAZIONE              | RANGE          |             | PESO |
|----------|--|---|---|---|---------------------------------|----------------|-------------|------|
|          |  |   |   |   |                                 | MIN            | MAX         |      |
| E1a      | Promuovere la prevenzione delle malattie infettive trasmissibili, la cura delle infezioni acute e croniche da sostanza psicotropa, la promozione di stili di vita più salutarì, al fine del miglioramento complessivo della qualità di vita attraverso l'assistenza qualificata nei servizi SERT e Alcologia | Garantire le corrette modalità organizzative ed erogative per la gestione dell'offerta delle prestazioni cliniche dei servizi | Formulazione dei programmi terapeutici personalizzati condotti con i soggetti coinvolti           | Volume di attività prestatore di accesso ai servizi | ≥ anno 2015                     | < 2% anno 2015 | ≥ anno 2015 | 2    |
| E1b      |  |   | Adozione software di presa in carico per la diversa tipologia di pazienti che accedono ai servizi |   | 100%                            |                |             | 2    |
| E1c      |  | Garantire i percorsi di accesso ai servizi per i pazienti non residenti   | Definizione e implementazione delle procedure di riferimento                                      |   | 100%                            |                |             | 2    |
| E1d      |  | Garantire il contenimento dei tempi di attesa e l'equità di accesso ai servizi  | Rispetto dei tempi di attesa per la presa in carico degli utenti                                  |   | 100%                            | 80%            | 100%        | 2    |
| E1e      | Garantire l'assistenza qualificata ai pazienti inseriti nelle strutture residenziali   | Identificazione trattamenti residenziali per soggetti affetti da dipendenze specifiche  | Inserimento pazienti rispetto alla tipologia di bisogno con identificazione degli inserimenti     |   | 100%                            | 90%            | 100%        | 2    |
| E2a      |  | Uniformare la modulistica in uso nei Servizi con il coordinamento del Servizio Qualità e Accreditamento                       | Inserimento nuova modulistica valida nella cartella MFP   |   | 100%                            | 90%            | 100%        | 2    |
| E2b      | Gestione del sistema documentale informatizzato  | Ottimizzazione procedura accoglienza  | N. procedimenti di accoglienze conclusi/numero utenti   |   | 100% (rilevazione IV trimestre) |                |             | 2    |
| E2c      |  | Corella verifica diagnosi   | N. diagnosi completate numero utenti  |   | 100% (rilevazione IV trimestre) |                |             | 2    |
| E2d      |  | Applicazioni procedura accoglienza e presa in carico  | N. accoglienza e presa in carico nella procedura  |   | 100%                            | 90%            | 100%        | 2    |
| E2e      |  | Applicazioni procedura inserimento in comunità terapeutica  | N. inserimento in CT nel rispetto della procedura   |   | 100%                            | 90%            | 100%        | 2    |
| E2f      | Applicazione modelli assistenziali e di presa in carico dei pazienti così come redatti lo scorso anno  | Applicazioni procedura inserimento in CT doppia diagnosi  | N. inserimento in CT doppia diagnosi nel rispetto della procedura                                 |   | 100%                            | 90%            | 100%        | 2    |

PESN OBIETTIVI DI ATTIVITA'

24



USL Umbria2

SCHEDA OBIETTIVI  
 AREA SANITARIA  
 DIREZIONE AZIENDALE  
 UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE  
 DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

Responsabile Dr.ssa Sonia Biscorini

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| F1a  | F1b   | F2a   | F2b  | F3  | F4   | F5a  | F5b   | F5c   | F5d  | F5e  | F5f  | F. OBIETTIVI DI QUALITA' DI ASSISTENZA E DI SICUREZZA DELLE CURE |                     |            |                     |      |
|--|---|---|--|---|--|--|---|---|--|--|--|--|---------------------|------------|---------------------|------|
|  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |  |  | VALORE MESSURATO   | MIN                 | RANGE      | MAX                 | PESO |
| <p>Promuovere la gestione di qualità delle attività delle strutture e dei servizi attraverso il conseguimento dell'accreditamento della certificazione o l'avvio delle procedure per il SQO per assicurare gli standard e i livelli di conformità previsti dalle norme di Accredimento Istituzionale e dalle norme ISO</p> | Strutturazione del programma specifico per la struttura | Consorzio obiettivi sottoscritti con il Servizio Qualità e accreditamento | Perseguimento programma specifico per la Macrocoordinazione e le strutture di pertinenza<br>Conseguimento obiettivi sottoscritti | Programmazione delle attività distrettuali di promozione della salute in linea con il PRP | Monitoraggio della necrositacolumo dei beni sanitari | Definizione protocollo antibiotico/terapia e successiva applicazione | Definizione programma farmaceutico Aziendale (Ospedale, Territorio) e successiva applicazione | Presentazione protocolli prescrizione farmaci per HIV di impresa con Az. Osp. di Terni (gruppo ospedaliero) | Applicazione protocolli prescrittivi per i farmaci HIV | Engorgio 1° ciclo terapia nei pazienti dimessi | Alimentazione dei dati mobilità attiva farmaceutica nella procedura informatica "FILE F" | 100%   | entro febbraio 2016 | marzo 2016 | entro febbraio 2016 | 2    |
| <p>Promuovere la cultura del risk management e della gestione del rischio clinico al fine di identificare i potenziali rischi e le risposte adeguate perseguendo obiettivi aziendali strategici ben definiti.</p>  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |  |  | 100%   | entro febbraio 2016 | marzo 2016 | entro febbraio 2016 | 1    |
| <p>Salute in aderenza a quanto previsto dal Piano della Prevenzione con il supporto del Servizio Promozione della Salute</p>   |   |   |  |   |  |  |   |   |  |  |  | 100%   |                     | 90%        | 100%                | 2    |
| <p>Gestione appropriata utilizzo beni sanitari per le strutture di pertinenza</p>  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |  |  | 100%   |                     | 95%        | 100%                | 3    |
|  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |  |  | 100%   |                     |            |                     | 2    |
|  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |  |  | 100%   |                     |            |                     | 2    |
|  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |  |  | 100%   |                     |            |                     | 2    |
|  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |  |  | 100%   |                     |            |                     | 2    |
|  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |  |  | 100%   |                     |            |                     | 2    |
|  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |  |  | 100%   |                     |            |                     | 2    |
|  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |  |  | 100%   |                     |            |                     | 2    |
|  |   |   |  |   |  |  |   |   |  |  |  | 100%   |                     |            |                     | 2    |


**USL Umbria2**

SCHEDA OBIETTIVI  
 AREA SANITARIA  
 DIREZIONE AZIENDALE  
 UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITÀ ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE  
 DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

Responsabile Dr.ssa Sonia Biscantini

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

|   |  |   |                |          |
|---|--|---|----------------|----------|
| <p>16<br/>         Promuovere l'appropriatezza prescrittiva di specialistica ambulatoriale acchie attraverso le analisi di relazione fra la domanda e l'offerta</p> | <p>Mantenimento e controllo con le strutture di laboratorio, dell'appropriatezza prescrittiva da parte delle strutture del Dipartimento attraverso l'elaborazione di ricorri specifici con il supporto della Direzione dell'ospedale, per analisi e verifiche per:<br/>         - la valutazione del tasso di prestazioni specialistiche lavoratorie a maggior rischio di inappropriatezza<br/>         - l'individuazione delle misure di promozione e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva<br/>         - la determinazione di volumi di riferimento</p> | <p>Rendicontazione delle attività di analisi, monitoraggio e controllo, relazione sugli indicatori specifici effettuati e sulla individuazione delle misure di promozione dell'appropriatezza individuale</p> | <p>100,00%</p> | <p>2</p> |
|---|--|---|----------------|----------|

PESO OBIETTIVI QUALITÀ, APPROPRIATEZZA, SICUREZZA DELLE CURE

26

| Piani Attivi                            |  | PESO OBIETTIVI PIANO ATTIVITÀ AZIENDALI   |   | PESO OBIETTIVI PIANO ATTIVITÀ AZIENDALI |            | PESO                |    |
|---|--|---|---|---|------------|---------------------|----|
| Cl                                      | Clb  | Clc   | Clb   | Clc                                     | Clb        | Clc                 |    |
| Cl1                                     | Attuazione delle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2016-2018 | Mappatura processi e individuazione attività di rischio   | Sottoscrizione obiettivi specifici inseriti nel Piano Anticorruzione da allegare alla scheda di budget                    | entro febbraio 2016                     | marzo 2016 | entro febbraio 2016 | 5  |
| Cl2                                     | Attuazione delle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale per l'integrità o la Trasparenza             | Conseguimento obiettivi sottoscritti  | Obiettivi conseguibili previsti   | 100%                                    |            |                     | 10 |
| Cl3                                     |  | Pubblicazione nel sito aziendale sezione "Amministrazione Trasparenza" quanto di propria competenza | Numero pubblicazioni attualizzate/numero pubblicazioni dovute sul sito aziendale nei termini previsti dal piano triennale | 100%                                    |            |                     | 5  |
| PESO OBIETTIVI PIANO ATTIVITÀ AZIENDALI |  |   |   |   |            |                     | 26 |
| PESO TOTALE                             |  |   |   |   |            | 100                 |    |

NOTA A  
 Il Consiglio del Direttore/Responsabile della Struttura, nonché dell' responsabile/i di gestione organizzativa, illustrare e condividere, con tutto il personale afferente la struttura, gli obiettivi gestionali assegnati. L'assegnazione 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 rendicontazione e condivisione degli obiettivi a tutto il personale della struttura vanno verbalizzate e i verbali relativi 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 dell' responsabile/i di gestione organizzativa, utile ai fini della sua valutazione individuale.



SCHEDA OBIETTIVI  
 AREA SANITARIA  
 DIREZIONE AZIENDALE  
 UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE, CONTABILITA', ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE  
 DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

Responsabile *Orsola Scabi Biscanini*

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

**NOTA E** Compilato dal Direttore/Responsabile della Struttura e da tutti gli altri Valutatori presenti nella struttura assegnare gli obiettivi di performance individuati 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.  
**NOTA C** Tutte le schede previste dovranno essere validate per gli Item A, obiettivi specifici se individuati, nell'Ufficio Relazioni Sindacali e Politiche del Personale entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi gestionali.  
**NOTA D** Tali operatività rappresentino 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 2017. 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

15 FEB. 2016

Timbro e Firma Direzione


**USL Umbria2**

 SCHEDA OBIETTIVI  
 AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA

Responsabile Dr. Carlo Farnetti

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| Contabilità Generale e Analitica  | A1 | OBIETTIVI   | AZIONI  | INDICATORI                           | VALORE NEGOZIATO |     | RANGE |     | PESO |
|---|----|---|---|--------------------------------------|------------------|-----|-------|-----|------|
|   |    |   |   |                                      | MIN              | MAX | MIN   | MAX |      |
| <b>A. OBIETTIVI PER LA GESTIONE E RENDICONTAZIONE DELLE RISORSE E DI EQUILIBRIO ECONOMICO</b> |    |   |   |                                      |                  |     |       |     |      |
|   |    | 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 | 100% entro il 10 del mese successivo | 100% (NC = 0)    |     |       |     | 2    |

PESO OBIETTIVI ECONOMICI

2

| <b>B. OBIETTIVI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DEI DATI E DEI FLUSSI INFORMATIVI</b> |     |     |     |     |  |  |   |                                    |                 |                  |            |      |
|--|-----|-----|-----|-----|--|--|---|------------------------------------|-----------------|------------------|------------|------|
| Flussi Informativi   | B1a | B1b | B1c | B1d | OBIETTIVI  | AZIONI   | INDICATORI  | VALORE NEGOZIATO                   |                 | RANGE            |            | PESO |
|  |     |     |     |     |  |  |   | MIN                                | MAX             | MIN              | MAX        |      |
|  |     |     |     |     | Miglioramento della qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati da parte delle strutture di degenza nei SW SINCOS con alimentazione dei flussi informativi | Miglioramento della codifica della SDO in concordanza con i contenuti della cartella clinica<br><br>Chiusura SDO entro 15 gg. dalla dimissione   | Riduzione del numero degli edifi rispetto a consuntivo 2015<br><br>SDO chiuse/Totale dimessi  | < Valore 2015<br><br>98%           | 95%<br><br>97%  | 100%<br><br>100% | 1<br><br>2 |      |
|  |     |     |     |     | Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati da parte delle strutture di degenza nei SW SINCOS con alimentazione dei flussi informativi       | Controllo qualità e appropriatezza della cartelle cliniche in collaborazione con la Direzione Sanitaria dell'Ospedale<br><br>Controllo sistematico casistica DRG potenzialmente inappropriati in collaborazione con la Direzione Sanitaria dell'Ospedale | Effettuazione controlli sulle cartelle cliniche come da disposizioni ministeriali per: A) verifica di concordanza SDO/cartella clinica; B) verifica appropriatezza del trattamento  | A) 10%<br>B) 2,5%<br>Dicembre 2016 | 97%<br><br>100% | 1<br><br>2       |            |      |
|  |     |     |     |     |  | Pleno utilizzo cartella clinica informatizzata   | Utilizzo fogli attivi SDO, lettera dimissione, registro operatorio, certificazione inps con corretta assegnazione data prenotazione ricoveri programmati e classe di priorità nel rispetto del regolamento dei ricoveri aziendali | 100%                               |                 |                  | 2          |      |

PESO OBIETTIVI FLUSSI INFORMATIVI

8

C. OBIETTIVI DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI




**USL Umbria2**

 SCHEDA OBIETTIVI  
 AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA

Responsabile Dr. Carlo Farnetti

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| OBIETTIVI  | AZIONI  | INDICATORI   | VALORE<br>NEGOZIATO | RANGE   |         | PESO |     |  |   |                  |     |      |      |   |
|--|---|--|---------------------|---------|---------|------|-----|--|---|------------------|-----|------|------|---|
|  |   |  |                     | MIN     | MAX     |      |     |  |   |                  |     |      |      |   |
| <b>Liste di attesa</b><br><br>Migliorare e qualificare le modalità organizzative ed erogative nella gestione dell'offerta delle prestazioni ambulatoriali per garantire:<br>- Il mantenimento di adeguati e appropriati livelli dell'offerta rispetto alla domanda,<br>- Il contenimento dei tempi di attesa,<br>- l'efficienza organizzativa del sistema,<br>- l'equità di accesso ai servizi ambulatoriali | Definizione volumi di attività prestazioni ambulatoriali<br><br>Monitoraggio erogazione delle prestazioni | 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.<br><br>Percentuale di prestazioni prenotate sul totale delle prestazioni erogate | 141.700             | 140.000 | 141.700 | 2    |     |  |   |                  |     |      |      |   |
|  |   |  |                     |         |         |      | C1a | Monitoraggio tempi di attesa delle prestazioni RAO e delle prestazioni non RAO   | % di prestazioni erogate nei tempi previsti per RAO (RAO U=39g; B=10g; D=30/60/9g; P=360/9g) e per i non RAO (30/9g)                        | 90%              | 85% | 85%  | 100% | 2 |
|  |   |  |                     |         |         |      | C1b | Validazione dell'erogato nei servizi con monitoraggio della concordanza RAO, per le prestazioni che lo prevedono, nel rispetto della procedura aziendale | Validazione effettuata/validazione totale con % di rilevazione della concordanza per le prestazioni RAO per le prestazioni che lo prevedono | 100%             | 95% | 95%  | 100% | 2 |
|  |   |  |                     |         |         |      | C1c | Gestione sospensione delle agende nel rispetto della procedura aziendale   | Corretta applicazione della procedura prevista per la gestione della sospensione delle agende   | 100%<br>(NC = 0) | 95% | 95%  | 100% | 1 |
|  |   |  |                     |         |         |      | C1e | Pieno utilizzo del ricettario elettronico da parte di tutti i medici prescrittori della struttura evitando di rinviare il paziente al MMG/PLS            | N. richieste prestazioni dematerializzate / N. richieste totale   | 100%             | 80% | 100% | 2    |   |

PESO OBIETTIVI LISTE ATTESA 10

| D1a  |  | D2                                  |                     | D3  |     | PESO |
|--|--|-------------------------------------|---------------------|-----|-----|------|
| OBIEETTIVI   | AZIONI                                   | INDICATORI                          | VALORE<br>NEGOZIATO | MIN | MAX |      |
| Promuovere la dematerializzazione delle prescrizioni di specialista ambulatoriale al fine di efficientare i sistemi e facilitare la presa in carico dei pazienti | Rispetto della programmazione operatoria | Percentuale di interventi rimandati | < 5                 | 5%  | < 5 | 2    |

Dipartimento Area Chirurgica - Obiettivi 2016.xls



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA

Responsabile Dr. Carlo Farnet

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| Organizzazione |   |  |  |      |     |      |   |  |  |
|----------------|---|--|--|------|-----|------|---|--|--|
| D1h            | attuare la corretta gestione di utilizzo dei blocchi operatori  | Rispetto dell'orario della programmazione operatoria   | Percentuale interventi programmati in anestesia spinale con inizio (inclinazione chirurgica) alle 8.45 e interventi programmati in anestesia generale con inizio (inclinazione chirurgica) alle 8.30 | 90%  | 85% | 90%  | 2 |  |  |
| D2a            | Promuovere e qualificare l'integrazione territorio -ospedale  | Attivazione percorso dimissione potette informatizzato in All@nte come da progetto regionale:<br>- Utilizzo modulo InterRAI HC (Home Care)<br>Attivazione percorso dimissione potette informatizzato in All@nte come da progetto regionale:<br>- Utilizzo modulo InterRAI PC (Palliative Care) per la gestione delle Cure palliative | N° gestioni informatizzate da parte dei reparti/ n. richieste totali   | 100% | 90% | 100% | 1 |  |  |
| D2b            | Promuovere l'implementazione dei percorsi diagnostico - terapeutici (PDTA) deliberati dalla Regione Umbria al fine di garantire percorsi integrati e di qualità per la presa in carico delle diverse tipologie di pazienti assicurando la migliore sequenza temporale e spaziale possibile degli interventi da effettuare | Attivazione con il supporto del Servizio Qualità e Accredimento:<br>- DGR n. 321/2006 "Percorsi prescrittivi protesici acustiche in età adulta"<br>- DGR n. 159 del 24/02/2014 "Percorso regionale integrato di gestione del trauma maggiore. Approvazione"  | Relazione dettagliata di verifica di attivazione del percorso in relazione alla programmazione stabile e rendicontazione obiettivi raggiunti rispetto agli indicatori individuali                    | 100% |     |      | 2 |  |  |
| D3a            |   | Corretta alimentazione, gestione ed evasione delle liste di attesa per gli interventi chirurgici in regime di ricovero:<br>- Monitoraggio della concordanza dell'appropriata prescrizione nel rispetto delle griglie del regolamento aziendale<br>- Monitoraggio della gestione delle liste di attesa                                | percentuale di pazienti inseriti in lista di attesa congrui con la classe di priorità della griglia  | 100% | 85% | 90%  | 2 |  |  |
| D4b            |   |  | controllo periodico della lista di attesa per tutti i casi che superano il tempo di attesa previsti  | 100% |     |      | 2 |  |  |
| D4c            | Garantire la corretta modalità organizzativa  |  | percentuale di concordanza fra il numero di pazienti operati (già inseriti in lista di attesa) e il numero di pazienti evasi dalla lista   | 100% |     |      | 2 |  |  |



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA

Responsabile Dr. Carlo Farneti

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

|                                     |   |   |   |      |     |     |   |
|-------------------------------------|---|---|---|------|-----|-----|---|
| D4d                                 | ed erogative per la gestione dell'offerta delle prestazioni chirurgiche e il contenimento dei tempi di attesa               | Monitoraggio tempi di attesa per le prestazioni erogate in regime di ricovero e in regime ambulatoriale sottoposte a monitoraggio ministeriale:<br>Emorroidectomia<br>Interventi Chirurgici Tumore Colon Retto<br>Interventi Chirurgici Tumore Mammella<br>Interventi Chirurgici Tumore Polmone<br>Interventi Chirurgici Tumore Prostata<br>Riparazione Ernia Inguinale<br>Tonsillectomia<br>Endoarterectomia Carotidea | Rispetto del tempo massimi di attesa in base alla priorità assegnata per le procedure sottoposte a monitoraggio ministeriale:                                   | 95%  | 90% | 95% | 2 |
| D7                                  | Promuovere l'ottimizzazione di utilizzo nella gestione dell'OBI al fine di ridurre le inappropriately dei ricoveri ordinari | Analisi con le Direzioni Sanitarie ospedaliere, i Pronto Soccorso e le strutture interessate delle cause di inappropriately dei ricoveri chirurgici più frequenti che possono essere risolte con il potenziamento dell'OBI  | Attivazione di nuovi posti letto tecnici di OBI specificamente dedicati alle casistiche chirurgiche al fine di ridurre le inappropriately dei ricoveri ordinari | 100% |     |     | 2 |
| <b>PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI</b> |   |   |   |      |     |     |   |
| <b>18</b>                           |   |   |   |      |     |     |   |

| OBIETTIVI |   | AZIONI  | INDICATORI  | VALORE NEGOCIATO | RANGE |       | PESO |
|-----------|---|---|---|------------------|-------|-------|------|
|           |   |   |   |                  | MIN   | MAX   |      |
| E1        | Migliorare e qualificare l'offerta e l'erogazione delle prestazioni chirurgiche   | Definizione volumi di attività prestazioni di ricovero per acuti                          | Volume dimessi: numero ricoveri chirurgici                          | 8.500            | 8.000 | 8.500 | 2    |
| E2a       |   | Raggiungimento risultato fissato per gli obiettivi di interesse per strutture chirurgiche | C4.1 - Percentuale DRG medici da reparti chirurgici                 | < 18             | 20,0% | < 18  | 2    |
| E2b       | Raggiungimento degli obiettivi (Patto per la Salute, Mes, indicazioni regionali, strategia aziendale) per promuovere l'efficacia e l'efficienza degli interventi assistenziali in ambito chirurgico |   | C4.7 - DRG LEA chirurgici - Percentuale ricoveri in Day Surgery     | > 48             | 47,0% | > 48  | 2    |
| E2c       |   | Efficienza pre-operatoria   | C3.5 Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati | < 1              | 1     | < 1   | 2    |



SCHEDA OBIETTIVI  
 AREA SANITARIA  
 DIREZIONE AZIENDALE  
 UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE

DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA

Responsabile Dr. Carlo Farnetti

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| Attività | E2d   | Controllo appropriatezza durata ricoveri ordinari | Percentuale di DRG con Degenza media oltre soglia                                   | <1     | 1      | <1     | 1 |
|----------|---|---|---|--------|--------|--------|---|
|          |   |   |   |        |        |        |   |
| E3b      | Raggiungimento degli obiettivi ( Patto per la Salute, Mes, indicazioni regionali, strategia aziendale) per promuovere la qualità degli interventi assistenziali |   | C5.2 - Percentuale fratture di femore operate entro 2 gg.                           | > 60   | 55,00% | > 60   | 2 |
| E3c      | Raggiungimento risultato fissato per gli obiettivi di Qualità clinica - C5  |   | C5.3 - Percentuale di prostatectomie transuretrali                                  | > 78,5 | 78,04% | > 78,5 | 2 |
| E3d      | Garantire la sorveglianza delle malattie rare e la loro presa in carico attraverso la corretta gestione del Registro  |   | C5.11 - Percentuale di appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni | > 79   | 78,40% | > 79   | 2 |
| E4       | Completamento allimentazione registro   |   | N. inserimento registrazioni /n. certificazioni nasciate                            | 100%   | 90%    | 100%   | 1 |

PESO OBIETTIVI DI ATTIVITA' 18

**F. OBIETTIVI DI QUALITÀ, DI APPROPRIATEZZA E DI SICUREZZA DELLE CURE**

| OBIETTIVI | AZIONI  | INDICATORI   | VALORE NEGOZIATO   | RANGE               |            | PESO |
|-----------|---|--|--|---------------------|------------|------|
|           |   |  |  | MIN                 | MAX        |      |
| F1a       | 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 Accredittamento Istituzionale e dalle norme ISO | Strutturazione del programma specifico per la struttura                                | Sottoscrizione obiettivi specifici da allegare alla scheda di budget | entro febbraio 2016 | marzo 2016 | 2    |
| F1b       | Conseguimento obiettivi sottoscritti con il Servizio Qualità e accreditamento   | Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti  | 100%   |                     |            | 2    |
| F2a       | Promuovere la cultura del risk management e della gestione del rischio clinico al fine di identificare i potenziali rischi e le risposte  | Perseguimento programma specifico per la Macroindicazione e le strutture di pertinenza | Sottoscrizione obiettivi specifici da allegare alla scheda di budget | entro febbraio 2016 | marzo 2016 | 1    |


**USL Umbria2**

SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA

Responsabile Dr. Carlo Farnetti

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| adeguate perseguendo obiettivi aziendali strategici ben delineati. |   | Conseguimento obiettivi sottoscritti                   |  | Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti |      |  |  |  |   |   |
|--|---|--|--|---|------|--|--|--|---|---|
| F3a  | Promuovere l'erogazione delle prestazioni in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità, sicurezza garantendo le prestazioni solo nelle strutture che rispettano i valori soglia dei volumi e di rischio per il PNE | Rispetto delle soglie minime dei volumi di attività    | Interventi chirurgici per ca mammella per primo intervento     | 100%                                    | 150  |  |  |  | 2 |   |
| F3b  |   |  |  | 75                                      |      |  |  |  | 1 |   |
| F3c  |   |  |  | 100                                     |      |  |  |  |   | 1 |
| F3d  |   |  |  | 70                                      |      |  |  |  |   | 1 |
| F3e  |   |  |  | 100                                     |      |  |  |  |   | 2 |
| F4   | Gestione appropriata utilizzo beni sanitari per le strutture di pertinenza  | Monitoraggio della richiesta/consumo dei beni sanitari | Cifra economica assegnata dal servizio farmaceutico            | 100%                                    | 95%  |  |  |  | 4 |   |
| F5a  |   |  |  | 100%                                    | 100% |  |  |  | 1 |   |
| F5b  |   |  |  | 100%                                    | 90%  |  |  |  |   | 1 |
| F5c  |   |  |  | 100%                                    | 100% |  |  |  |   | 1 |
| F5d  |   |  |  | >1%                                     |      |  |  |  |   | 1 |
| F5e  | Promuovere l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica finalizzata alla sicurezza delle cure e all'efficiente utilizzo delle risorse   | Erogazione 1° ciclo terapia nei pazienti dimessi       | Numero dei pazienti che ritirano i farmaci /numero dei dimessi | >80%                                    |      |  |  |  | 1 |   |
| F5f  |   |  |  | 100%                                    |      |  |  |  | 1 |   |
| F5g  |   |  |  | 100%                                    | 90%  |  |  |  |   | 1 |

appropriatezza e Sicurezza delle Cure



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA

Responsabile Dr. Carlo Farnetti

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| Qualità, Appr |   |  |  |         |     |      |   |
|---------------|---|--|--|---------|-----|------|---|
| F5h           |   | Monitoraggio e controllo costi nutrizione artificiale evidenziando per trimestre le criticità verso cui approntare azioni correttive monitorando anche la corretta applicazione dei protocolli per la prescrizione dei prodotti per la nutrizione artificiale  | Numero prescrizioni nel rispetto dei protocolli/numero totali di prescrizioni di prodotti per nutrizione artificiale   | 100%    | 95% | 100% | 1 |
| F6a           | Promuovere l'appropriatezza prescrittiva di specialistica ambulatoriale anche attraverso le analisi di relazione tra la domanda e l'offerta | Monitoraggio e controllo con le strutture di laboratorio e le strutture di diagnostica e con altre strutture ospedaliere, dell'appropriatezza prescrittiva da parte delle strutture del Dipartimento attraverso l'effettuazione di incontri specifici, con il supporto della Direzione dell'Ospedale, per analisi e verifiche per :<br>- la valutazione del tasso di prestazioni specialistiche a maggior rischio di inappropriatezza radiologiche e di laboratorio<br>- l'identificazione delle misure di promozione e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva<br>- la determinazione di volumi/velti di riferimento | Rendicontazione delle attività di analisi, monitoraggio e controllo, relazione sugli incontri specifici effettuati e sulla individuazione delle misure di promozione dell'appropriatezza individuale | 100,00% |     |      | 2 |
| F6b           |   | Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza prescrittiva da parte dei servizi territoriali e del MMG/P.L.S. in collaborazione con il Distretto e la Direzione Sanitaria dell'Ospedale, attraverso:<br>- la valutazione del tasso di prestazioni specialistiche a maggior rischio di inappropriatezza di ambito del Dipartimento<br>- la promozione e l'effettuazione di incontri specifici per analisi e verifiche con i NAP di riferimento<br>- l'identificazione delle misure di promozione e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di percorsi di presa in carico   | Rendicontazione delle attività di analisi, monitoraggio e controllo, relazione sugli incontri specifici effettuati e sulla individuazione delle misure di promozione dell'appropriatezza individuale | 100%    |     |      | 2 |

**ALS 2 UMBRIA**  
**DR. CARLO FARNETTI**  
DIRETTORE STRUTTURA COMPLESSA  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
FMI ISMG

SCHEDA OBIETTIVI DIP AC



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA

Responsabile Dr. Carlo Farnetti

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| Obiettivo | Descrizione   | Indicatore   | Valore Negoziale                                   | Range Min | Range Max | Peso |   |
|-----------|---|--|--|-----------|-----------|------|---|
| F7        | Promuovere il miglioramento dell'appropriatezza autorizzativa | Aderenza DGR 1324 del 2002 per il governo e l'appropriatezza della spesa per i trasporti sanitari. Monitoraggio consumi per trasporti sanitari | % congruità delle richieste effettuate dai servizi | 100%      | 95%       | 100% | 2 |

PESO OBIETTIVI QUALITÀ, APPROPRIATEZZA, SICUREZZA DELLE CURE

24

**G: OBIETTIVI PER LA REALIZZAZIONE DEI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI**

| Obiettivo | Azioni   | Indicatore   | Valore Negoziale  | Range Min           | Range Max  | Peso                |    |
|-----------|--|--|---|---------------------|------------|---------------------|----|
| G1a       | Attuazione delle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2016-2018 | Mappatura processi e individuazione attività di rischio  | Sottoscrizione obiettivi specifici inseriti nel Piano Anticorruzione da allegare alla scheda di budget                  | entro febbraio 2016 | marzo 2016 | entro febbraio 2016 | 5  |
| G1b       | Attuazione delle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale per l'Integrità e la Trasparenza             | Conseguimento obiettivi sottoscritti   | Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti   | 100%                |            |                     | 10 |
| G2        | Attuazione delle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale per l'Integrità e la Trasparenza             | Publicazione nel sito aziendale sezione "Amministrazione Trasparente" quanto di propria competenza | Numero pubblicazioni effettuate/numero pubblicazioni dovute sul sito aziendale nei termini previsti dal piano triennale | 100%                |            |                     | 5  |

PESO OBIETTIVI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI

20

PESO TOTALE 100

**NOTA A**  
E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura, nonché del/i responsabile/i di posizione organizzativa illustrare e condividere, con tutto il personale afferente la struttura, gli obiettivi gestionali assegnati. L'assolvimento degli obblighi di legge in merito a prevenzione della corruzione, trasparenza ed integrità in capo al Responsabile di struttura (dirigenti e titolari P.O.) costituisce condizione di accesso all'Istituto della retribuzione di risultato/produttività collettive 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.

ALS 2 UMBRIA  
DR. CARLO FARNETTI  
DIRETTORE STRUTTURA COMPLESSA  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
FOLLIGNO



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

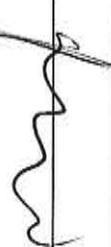
DIREZIONE AZIENDALE

DIPARTIMENTO AREA CHIRURGICA

Responsabile Dr. Carlo Farneti

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

|  |   |
|--|---|
| <p><b>NOTA C</b><br/>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.<br/>Tutte le schede previste sottoscritte dal valutatore e dal valutato vanno trasmesse all'Ufficio Relazioni Sindacali e Politiche del Personale entro il 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi gestionali.<br/>Tali operatività dovranno essere valutate per gli item A entro il 28.2.2017 e trasmesse all'Ufficio Relazioni Sindacali entro il 10.3.2017.</p> | <p><b>NOTA D</b><br/>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 2017.<br/>La mancata trasmissione delle relazioni suddette comporta una decurtazione del punteggio finale pari al massimo al 10% del totale ottenuto.</p> |
| <p>Sede e Data negoziazione<br/><b>15 FEB. 2016</b></p>  | <p>Firma Responsabile<br/><br/>Timbro e Firma Direzione</p>  |

**USL2 UMBRIA**  
**DR. CARLO FARNETI**  
DIRETTORE STRUTTURA COMPLESSA  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
FOLIGNO



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA

Responsabile Dr. Raffaele Zaxa

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| A: OBIETTIVI PER LA GESTIONE E RENDICONTAZIONE DELLE RISORSE E DI EQUILIBRIO ECONOMICO |    | INDICATORI  |   | VALORE NEGOZIATO                     |               | RANGE |     | PESO |     |   |
|--|----|---|---|--------------------------------------|---------------|-------|-----|------|-----|---|
| Contabilità Generale e Analitica   | A1 | Obiettivi   | Azioni  | Obiettivi                            | Azioni        | Min   | Max | Min  | Max |   |
|  |    | 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 | 100% entro il 10 del mese successivo | 100% (NC = 0) |       |     |      |     | 2 |

| B: OBIETTIVI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DEI DATI E DEI FLUSSI INFORMATIVI |     | INDICATORI   |   | VALORE NEGOZIATO  |                                    | RANGE |      | PESO |          |   |
|---|-----|--|---|---|------------------------------------|-------|------|------|----------|---|
| Flussi Informativi  | B1a | Obiettivi  | Azioni  | Obiettivi   | Azioni                             | Min   | Max  | Min  | Max      |   |
|   | B1a | Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati da parte delle strutture di degenza nel SW SINCOs con alimentazione dei flussi informativi | Miglioramento della codifica della SDO in concordanza con i contenuti della cartella clinica                                | Riduzione del numero degli edit rispetto a consuntivo 2015  | < Valore 2015                      | 95%   | 100% |      |          | 1 |
|   | B1b |  | Chiusura SDO entro 15 gg. dalla dimissione  | SDO chiuse/totali dimessi   | 98%                                | 97%   | 100% |      |          | 2 |
|   | B1c |  | Controllo qualità e appropriatazza delle cartelle cliniche in collaborazione con la Direzione Sanitaria dell'Ospedale       | Effettuazione controlli sulle cartelle cliniche come da disposizioni ministeriali per: A) verifica di concordanza SDO/cartella clinica; B) verifica appropriatazza del trattamento  | A) 10%<br>B) 2,5%<br>Dicembre 2016 |       |      |      |          | 1 |
|   | B1d |  | Controllo sistematico casistica DRG potenzialmente inappropriati in collaborazione con la Direzione Sanitaria dell'Ospedale | Effettuazione controlli sul 100% delle cartelle cliniche inviate al controllo e che risultano attribuibili a DRG potenzialmente inappropriati   | 100%                               | 97%   | 100% |      |          | 2 |
|   | B1e |  | Pieno utilizzo cartella clinica informatizzata  | Utilizzo fogli attivi SDO, lettera dimissione, registro operatorio, certificazione inps con corretta assegnazione data prenotazione ricoveri programmati e classe di priorità nel rispetto del regolamento dei ricoveri aziendali | 100%                               |       |      |      |          | 2 |
| <b>PESO OBIETTIVI FLUSSI INFORMATIVI</b>  |     |  |   |   |                                    |       |      |      | <b>8</b> |   |




  
**USL Umbria2**

 SCHEDA OBIETTIVI  
 AREA SANITARIA

DIREZIONE AZIENDALE

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

**DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA**

Responsabile Dr. Raffaele Zaxa

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| OBIETTIVI |   | AZIONI  |  | INDICATORI |     | VALORE NEGOTIATO |  | RANGE   |  | PESCO |
|-----------|---|---|--|------------|-----|------------------|--|---------|--|-------|
|           |   |   |  |            |     |                  |  | MIN MAX |  |       |
| D1a       | Promuovere l'utilizzo efficiente delle risorse attraverso la corretta gestione di utilizzo dei blocchi operatori  | Rispetto della programmazione operatoria  | Percentuale di interventi rimandati  | < 5        | 5%  | < 5              |  | 1       |  |       |
| D1b       | Rispetto dell'orario della programmazione operatoria  | Attivazione percorso dimissione protetta informatizzato in All@nrite come da progetto regionale:<br>- Utilizzo modulo InterRAI HC (Home Care) per la gestione dell'assistenza domiciliari<br>Attivazione percorso dimissione protetta informatizzato in All@nrite come da progetto regionale:<br>- Utilizzo modulo InterRAI PC (Palliative Care) per la gestione delle Cure palliative  | Percentuale interventi programmati in anestesia spinale con inizio (fascione chirurgica) alle 8,45 e interventi programmati in anestesia generale con inizio (fascione chirurgica) alle 8,30 | 90%        | 85% | 90%              |  | 2       |  |       |
| D2a       | Promuovere e qualificare l'integrazione territorio -ospedale  | Attivazione con il supporto del Servizio Qualità e Accredimento:<br>- Delibera del Direttore Generale n. 6377/2015 per il completamento di tutte le azioni per la rete materno-infantile"<br>- DGR n. 159 del 24/02/2014 "Percorso regionale integrato di gestione del trauma maggiore. Approvazione"<br>- DGR n. 158 del 24/02/2014 "Percorso clinico organizzativo integrato del paziente con Ictus. Approvazione"<br>- DGR n. 978 del 09-09-2013 "Protocollo operativo per la gestione dei pazienti con Infarto Miocardico Acuto con soprassollamento del tratto ST (STEMI). Approvazione" | N° gestioni informatizzate da parte dei reparti/ n. richieste totali   | 100%       | 90% | 100%             |  | 1       |  |       |
| D2b       |   |   |  |            |     |                  |  |         |  |       |
| D3        | Promuovere l'implementazione dei percorsi diagnostico - terapeutici (PDTA) deliberati dalla Regione Umbria al fine di garantire percorsi integrati e di qualità per la presa in carico delle diverse tipologie di pazienti assicurando la migliore sequenza temporale e spaziale possibile degli interventi da effettuare |   | Relazione dettagliata di verifica di attivazione del percorso in relazione alla programmazione stabilità e rendicontazione obiettivi raggiunti rispetto agli indicatori individuali          | 100%       |     |                  |  | 2       |  |       |



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA

Responsabile Dr. Raffaele Zaxa

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI |   |   |   |             |
|------------------------------|---|---|---|-------------|
| D4                           | <p>Promuovere l'ottimizzazione di utilizzo nella gestione dell'OBI al fine di ridurre le inappropriatazze dei ricoveri ordinari</p> | <p>Analisi con le Direzioni Sanitarie ospedaliere, il Pronto Soccorso e le strutture interessate delle cause di inappropriatazza dei ricoveri chirurgici più frequenti che possono essere risolte con il potenziamento dell'OBI</p> | <p>Attivazione di nuovi posti letti tecnici di OBI specificatamente dedicati alle casistiche chirurgiche al fine di ridurre le inappropriatazze dei ricoveri ordinari</p> | <p>100%</p> |
|                              |   |   |   | 2           |
|                              |   |   |   | 9           |

*mla*

*[Handwritten signature]*



SCHEDA OBIETTIVI  
 AREA SANITARIA  
 DIREZIONE AZIENDALE  
 UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITÀ ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE  
 DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA

Responsabile Dr. Raffaele Zaza

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| OBIETTIVI | AZIONI   | E OBIETTIVI DI ATTIVITÀ   | INDICATORI  | VALORE NEGOTIATO            |                        |                             | PESO        |
|-----------|--|---|---|-----------------------------|------------------------|-----------------------------|-------------|
|           |  |   |   | MIN                         | RANGE                  | MAX                         |             |
| E1        | Migliorare e qualificare l'offerta e l'erogazione delle prestazioni di ricovero  | Definizione volumi di attività prestazioni di ricovero per acuti  | Volume, dimessi: numero ricoveri  | 3.400                       | 3.200                  | 3.400                       | 2           |
| E2a       | Raggiungimento degli obiettivi ( Patto per la Salute, Mes, indicazioni regionali, strategia aziendale) per promuovere l'efficacia e l'efficienza degli interventi assistenziali in ambito medico | Raggiungimento risultato fissato per gli obiettivi di interesse per strutture mediche - C14 - Appropriatazza Medica   | C14.2 - Percentuale ricoveri in dh medico con finalità diagnostica<br>C14.3 - Percentuale ricoveri ordinari medici brevi<br>C14.4 Percentuale ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni | < 18,00<br>< 19,00<br>< 2,8 | 20,0%<br>20,0%<br>3,0% | < 18,00<br>< 19,00<br>< 2,8 | 2<br>2<br>2 |
| E3a       | Raggiungimento degli obiettivi ( Patto per la Salute, Mes, indicazioni regionali, strategia aziendale) per promuovere la qualità degli interventi assistenziali                                  | Controllo appropriatazza durata ricoveri ordinari   | Degenza media ricoveri medici ordinari  | < 7 gg.                     | 9 gg.                  | < 7 gg.                     | 2           |
| E3b       | Raggiungimento degli obiettivi ( Patto per la Salute, Mes, indicazioni regionali, strategia aziendale) per promuovere la qualità degli interventi assistenziali                                  | Valutazione dimissione volontarie dai reparti   | D18 % dimissioni volontarie   | < 1                         | 1,2%                   | < 1                         | 2           |
| E3c       |  | Raggiungimento risultato fissato per gli obiettivi di Qualità clinica - C5  | C5.2 - Percentuale fratture di femore operate entro 2 gg.   | > 60                        | 55,00%                 | > 60                        | 2           |
| E4a       |  | Monitoraggio tempi di attesa per codice colore  | codice bianco < 90 min<br>codice verde < 60 min   | 80%<br>90%                  | 78%<br>88%             | 80%<br>90%                  | 2<br>2      |
| E4c       | Promuovere l'efficienza del Pronto Soccorso al fine di migliorare i tempi di attesa, l'appropriatazza dei ricoveri e promuovere la qualità degli interventi assistenziali                        | Monitoraggio abbandoni da PS  | codice giallo < 30 min<br>D8 % abbandoni volontari  | 90%<br>< 1                  | 88%<br>1,2%            | 90%<br>< 1                  | 2<br>1      |
| E4d       |  | Contenimento tasso di ospedalizzazione del PS anche attivando le consulenze in DEA da parte dei servizi specialistici | Percentuale di accessi di PS non seguiti da ricovero  | ≥ 85%                       | 80%                    | ≥ 85%                       | 2           |



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA

Responsabile Dr. Raffaele Zaza

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

PESO OBIETTIVI DI ATTIVITA' 23



SCHEDA OBIETTIVI  
 AREA SANITARIA  
 DIREZIONE AZIENDALE  
 UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE  
 DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA

Responsabile Dr. Raffaele Zaxa

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| OBIETTIVI | AZIONI  | F. OBIETTIVI DI QUALITA', DI APPROPRIATEZZA E DI SICUREZZA DELLE CURE         |  |                     |            | PESO                |   |
|-----------|---|---|--|---------------------|------------|---------------------|---|
|           |   | INDICATORI  | VALORE NEGOCIATO   | MIN                 | MAX        |                     |   |
| F1a       | Promuovere la gestione di qualità delle attività delle strutture e dei servizi attraverso il conseguimento dell'accreditamento/della certificazione o l'avvio delle procedure per il SGQ per assicurare gli standard e i livelli di conformità previsti dalle norme di Accreditazione Istituzionale e dalle norme ISO | Strutturazione del programma specifico per la struttura                       | Sottoscrizione obiettivi specifici da allegare alla scheda di budget   | entro febbraio 2016 | marzo 2016 | entro febbraio 2016 | 2 |
| F1b       | 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.   | Conseguimento obiettivi sottoscritti con il Servizio Qualità e accreditamento | Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti  | 100%                |            |                     | 2 |
| F2a       | Perseguimento programma specifico per la Macrocriobolazione e le strutture di pertinenza  | Conseguimento obiettivi sottoscritti  | Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti  | 100%                |            |                     | 2 |
| F2b       | Perseguimento programma specifico per la Macrocriobolazione e le strutture di pertinenza  | Conseguimento obiettivi sottoscritti  | Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti  | 100%                |            |                     | 1 |
| F2c       | Perseguimento programma specifico per la Macrocriobolazione e le strutture di pertinenza  | Conseguimento obiettivi sottoscritti  | Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti  | 100%                |            |                     | 1 |
| F3a       | Perseguimento programma specifico per la Macrocriobolazione e le strutture di pertinenza  | Conseguimento obiettivi sottoscritti  | Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti  | 100%                |            |                     | 1 |
| F3b       | Promuovere l'erogazione delle prestazioni in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità, sicurezza garantendo le prestazioni solo nelle strutture che rispettano i valori soglia dei volumi e di rischio per il PNE   | Rispetto delle soglie minime dei volumi di attività                           | N. di procedure/relazioni di angioplastica coronarica percutanea di cui almeno il 30% angioplastiche primarie in IMA-STEMI           | 250                 |            |                     | 1 |
| F3c       | Promuovere l'erogazione delle prestazioni in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità, sicurezza garantendo le prestazioni solo nelle strutture che rispettano i valori soglia dei volumi e di rischio per il PNE   | Rispetto delle soglie di rischio ed esito                                     | Percentuale di angioplastica coronarica percutanea entro 90 min dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMIs in fase acuta | 60%                 |            |                     | 1 |
| F3d       | Promuovere l'erogazione delle prestazioni in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità, sicurezza garantendo le prestazioni solo nelle strutture che rispettano i valori soglia dei volumi e di rischio per il PNE   | Monitoraggio della richiesta/consumo dei beni sanitari                        | Percentuale di utilizzo check list operatoria  | 100                 |            |                     | 1 |
| F4        | Gestione appropriata utilizzo beni sanitari per le strutture di pertinenza  | Monitoraggio della richiesta/consumo dei beni sanitari                        | Cifra economica assegnata dal servizio farmaceutico  | 100%                | 95%        | 100%                | 3 |



SCHEDA OBIETTIVI/  
AREA SANITARIA  
DIREZIONE AZIENDALE  
UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA

Responsabile Dr. Raffaele Zaxa

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| Qualità, Appropriatezza e Sicurezza delle Cure |   |  |  |         |      |      |   |
|--|---|--|--|---------|------|------|---|
| F5a  | Promuovere l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica finalizzata alla sicurezza delle cure e all'efficiente utilizzo delle risorse | Determinazione protocollo antibiotico-terapia e successiva applicazione  | Presentazione entro il mese di Marzo e determinazione % di prescrittori in aderenza al protocollo  | 100%    |      | 1    |   |
| F5b  |   | Determinazione prontuario farmaceutico Aziendale (Ospedale, Territorio) e successiva applicazione  | Presentazione entro il mese di Marzo e determinazione % di prescrittori in aderenza al prontuario  | 100%    | 90%  | 100% | 1 |
| F5c  |   | Utilizzo richiesta unica motivata per antibiotico-terapia e albumine   | Numero richieste motivate numerofichieste previste   | 100%    | 90%  | 100% | 1 |
| F5d  |   | Utilizzo appropriato biosimilari secondo indicazioni regionali e aziendali, in particolare per i pazienti naive il 100% delle prescrizioni.  | Numero prescrizioni appropriate/numero totali prescrizioni   | 100%    | 1,2% | ≥1%  | 1 |
| F5e  |   | Erogazione 1° ciclo terapia nei pazienti dimessi   | Numero dei pazienti che ritirano i farmaci /numero dei dimessi   | >90%    | 78%  | >80% | 1 |
| F5f  |   | Predisposizione di tutti i capitoli di gara di competenza in collaborazione con il DAF   | Numero capitoli predisposti /Numero di capitoli da predisporre   | 100%    |      |      | 1 |
| F5g  | Percentuale prescrizione Sartani  | Prescrizione di Sartani non generabili /gruppo C 09 (Sartani + Ace Inibitori)  | <10%   | 11%     | <10% | 1    |   |
| F5h  | Percentuale prescrizione Rosuvastatina  | Prescrizioni di Rosuvastatina/tutte le stazioni  | <10%   | 11%     | <10% | 1    |   |
| F6a  | Promuovere l'appropriatezza prescrittiva di specialistica ambulatoriale acnie attraverso le analisi di relazione fra la domanda e   | Monitoraggio e controllo con le strutture di laboratorio e le strutture di diagnostica e con altre strutture ospedaliere, dell'appropriatezza prescrittiva da parte delle strutture del Dipartimento attraverso l'effettuazione di incontri specifici, con il supporto della Direzione dell'Ospedale, per analisi e verifiche per :<br>- la valutazione del tasso di prestazioni specialistiche a maggior rischio di inappropriatazza radiologiche e di laboratorio<br>- l'identificazione delle misure di promozione e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva<br>- la determinazione di volumi/effetti di riferimento | Rendicontazione delle attività di analisi, monitoraggio e controllo, relazione sugli incontri specifici effettuati e sulla individuazione delle misure di promozione dell'appropriatezza individuate | 100,00% |      | 2    |   |



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA

Responsabile Dr. Raffaele Zaxa

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| Piani Attuativi  |   | AZIONI  |  | INDICATORI          |            | RANGE               |  | PESO |
|--|---|---|--|---------------------|------------|---------------------|--|------|
| G1a  | G1b   |   |  | VALORE<br>NEGOTIATO | MIN        | MAX                 |  |      |
| Attuazione delle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2016-2018 |   | Mappatura processi e individuazione attività di rischio   | Sottoscrizione obiettivi specifici inseriti nel Piano Anticorruzione da allegare alla scheda di budget   | entro febbraio 2016 | marzo 2016 | entro febbraio 2016 |  | 5    |
| Attuazione delle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale per l'integrità e la Trasparenza             |   | Conseguimento obiettivi sottoscritti  | Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti  | 100%                |            |                     |  | 10   |
| Pubblicazione nel sito aziendale sezione "Amministrazione Trasparente" quanto di propria competenza                        |   | Numero pubblicazioni effettuate/numero pubblicazioni dovute sul sito aziendale nei termini previsti dal piano triennale   |  | 100%                |            |                     |  | 5    |
| <b>PESO OBIETTIVI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI</b>  |   |   |  |                     |            |                     |  |      |
| <b>20</b>  |   |   |  |                     |            |                     |  |      |
| <b>G. OBIETTIVI PER LA REALIZZAZIONE DEI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI</b>   |   |   |  |                     |            |                     |  |      |
| <b>PESO OBIETTIVI QUALITA', APPROPRIATEZZA, SICUREZZA DELLE CURE</b>   |   |   |  |                     |            |                     |  |      |
| <b>28</b>  |   |   |  |                     |            |                     |  |      |
| F7   | Promuovere il miglioramento dell'appropriatezza autorizzativa | Aderenza DGR 1324 del 2002 per il governo e l'appropriatezza della spesa per i trasporti sanitari.<br>Monitoraggio consumi per trasporti sanitari   | % congruità delle richieste effettuate dai servizi   | 100%                | 95%        | 100%                |  | 2    |
| F6b  | offerta   | Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza prescrittiva da parte dei servizi territoriali e dei MMG/P.L.S. in collaborazione con il Distretto e la Direzione Sanitaria dell'Ospedale, attraverso:<br>- la valutazione del tasso di prestazioni specialistiche a maggior rischio di inappropriata di ambito del Dipartimento<br>- la promozione e l'effettuazione di incontri specifici per analisi e verifiche con i MAP di riferimento<br>- l'identificazione delle misure di promozione e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di percorsi di presa in carico | Rendicontazione delle attività di analisi, monitoraggio e controllo, relazione sugli incontri specifici effettuati e sulla individuazione delle misure di promozione dell'appropriatezza individuate | 100%                |            |                     |  | 2    |





SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO AREA MEDICA

Responsabile Dr. Luciano Biscarini

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| A: OBIETTIVI PER LA GESTIONE E RENDICONTAZIONE DELLE RISORSE E DI EQUILIBRIO ECONOMICO |   |   |   |                  |              |              |      |
|--|---|---|---|------------------|--------------|--------------|------|
| Contabilità Generale e Analitica   | OBIETTIVI   | AZIONI  | INDICATORI  | VALORE NEGOZIATO | RANGE<br>MIN | RANGE<br>MAX | PESO |
| AI   | 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 | Riduzione del numero degli editi rispetto a consuntivo 2015 | 100% (NC = 0)    |              |              | 2    |

PESO OBIETTIVI ECONOMICI

2

| B: OBIETTIVI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DEI DATI E DEI FLUSSI INFORMATIVI |  |   |   |                                    |              |              |      |
|--|--|---|---|------------------------------------|--------------|--------------|------|
|  | OBIETTIVI  | AZIONI  | INDICATORI  | VALORE NEGOZIATO                   | RANGE<br>MIN | RANGE<br>MAX | PESO |
| B1a  | Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati da parte delle strutture di degenza nel SW SINCOS con alimentazione dei flussi informativi | Miglioramento della codifica della SDO in concordanza con i contenuti della cartella clinica                          | Riduzione del numero degli editi rispetto a consuntivo 2015   | < Valore 2015                      | 95%          | 100%         | 1    |
| B1b  |  | Chiusura SDO entro 15 gg. dalla dimissione  | SDO chiuse/Totale dimessi   | 98%                                | 97%          | 100%         | 2    |
| B1c  |  | Controllo qualità e appropriatezza delle cartelle cliniche in collaborazione con la Direzione Sanitaria dell'Ospedale | Effettuazione controlli sulle cartelle cliniche come da disposizioni ministeriali per: A) verifica di concordanza SDO/cartella clinica; B) verifica appropriatezza del trattamento  | A) 10%<br>B) 2.5%<br>Dicembre 2016 |              |              |      |
| B1d  | Controlo sistematico casistica DRG potenzialmente inappropriati in collaborazione con la Direzione Sanitaria dell'Ospedale   | Pieno utilizzo cartella clinica informatizzata  | Effettuazione controlli sul 100% delle cartelle cliniche inviate al controllo e che risultano attribuibili a DRG potenzialmente inappropriati   | 100%                               | 97%          | 100%         | 2    |
| B1e  |  |   | Utilizzo fogli attivi SDO, lettera dimissione, registro operatorio, certificazione ipos con corretta assegnazione data prenotazione ricoveri programmati e classe di priorità nel rispetto del regolamento dei ricoveri aziendali | 100%                               |              |              | 2    |

PESO OBIETTIVI FLUSSI INFORMATIVI

8

C: OBIETTIVI DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO AREA MEDICA

Responsabile Dr. Luciano Biscarini

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| OBIETTIVI  | AZIONI   | INDICATORI   | VALORE        |         |         | PESO |
|--|--|--|---------------|---------|---------|------|
|  |  |  | NEGIZIATO     | MIN     | MAX     |      |
| <p>Migliorare e qualificare le modalità organizzative ed erogative nella gestione dell'offerta delle prestazioni ambulatoriali per garantire:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il mantenimento di adeguati e appropriati livelli dell'offerta rispetto alla domanda,</li> <li>- il contenimento dei tempi di attesa,</li> <li>- l'efficienza organizzativa del sistema,</li> <li>- l'equità di accesso ai servizi ambulatoriali</li> </ul> | Definizione volumi di attività prestazioni ambulatoriali   | Rispetto dei volumi di attività offerti a CUP per le prestazioni istituzionali (comprese quelle domiciliari (adove previsto). Tale tetto determina anche il volume massimo di prestazioni ALPI per la struttura che deve essere inferiore. | 158.890       | 155.000 | 158.890 | 2    |
|  | Monitoraggio erogazione delle prestazioni  | Percentuale di prestazioni prenotate sul totale delle prestazioni erogate  | 85%           | 80%     | 100%    | 1    |
|  | Monitoraggio tempi di attesa delle prestazioni RAO e delle prestazioni non RAO   | % di prestazioni erogate nei tempi previsti per i RAO (RAO U=395; B= 1098; D=30/6099; P=380 99) e per i non RAO (30 99)  | 90%           | 85%     | 100%    | 2    |
|  | Validazione dell'erogato nei servizi con monitoraggio della concordanza RAO, per le prestazioni che lo prevedono, nel rispetto della procedura aziendale | Validazione effettuata/validazione totale con % di riavanzate dalla concordanza per le prestazioni RAO per le prestazioni che lo prevedono   | 100%          | 95%     | 100%    | 2    |
|  | Gestione sospensione delle agende nel rispetto della procedura aziendale   | Corretta applicazione della procedura prevista per la gestione della sospensione delle agende  | 100% (NC = 0) | 95%     | 100%    | 1    |
| Promuovere la dematerializzazione delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale al fine di efficientare i sistemi e facilitare la presa in carico dei pazienti   | Piano utilizzo del ricettario elettronico da parte di tutti i medici prescrittori della struttura esistente di rinviare il paziente al MMG/P.L.S         | N. richieste prestazioni dematerializzate / N. richieste totale  | 100%          | 80%     | 100%    | 2    |

PESO OBIETTIVI LISTE ATTESA

10

OBIETTIVI

AZIONI

INDICATORI

VALORE NEGIZIATO

RANGE  
MIN MAX

PESO

DI OBIETTIVI ORGANIZZATIVI



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO AREA MEDICA

Responsabile Dr. Luciano Biscarini

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| Organizzazione |   | PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI   |  |      |     |      |   |
|----------------|---|--|--|------|-----|------|---|
| D1             | Riorganizzare e razionalizzare i servizi in aderenza alle linee di indirizzo regionali e alla programmazione aziendale  | Analisi dei contesti in ambito dipartimentale, con il supporto delle Direzioni Sanitarie degli Ospedali, per l'ipotesi di una revisione dei percorsi dei ricoveri medici al fine di garantire l'offerta di posti letto per i ricoveri urgenti e ridurre le inappropriatazze d'uso dell'ospedale (ricoveri medici brevi, ricoveri medici oltre soglia, dimessi medici da reparti chirurgici, degenza media elevata, ricoveri ripetuti...) | Presentazione documento di analisi e proposte evolutive  | 100% |     |      | 2 |
| D2a            | Promuovere e qualificare l'integrazione territorio -ospedale  | Attivazione percorso di missione polette informatizzato in All@nte come da progetto regionale:<br>- Utilizzo modulo InterRAI HC (Home Care) per la gestione dell'assistenza domiciliari<br>Attivazione percorso di missione polette informatizzato in All@nte come da progetto regionale:<br>- Utilizzo modulo InterRAI PC (Palliative Care) per la gestione delle Cure palliative   | N° gestioni informatizzate da parte dei reparti/<br>n. richieste totali  | 100% | 90% | 100% | 1 |
| D3b            | Promuovere l'implementazione dei percorsi diagnostico - terapeutici (PDTA) deliberati dalla Regione Umbria al fine di garantire percorsi integrati e di qualità per la presa in carico delle diverse tipologie di pazienti assicurando la migliore sequenza temporale e spaziale possibile degli interventi da effettuare | Attuazione con il supporto del Servizio Qualità e Accreditamento:<br>- DGR n. 41 del 28/01/2014 "Linee di indirizzo per il trattamento della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)"  | Relazione dettagliata di verifica di attivazione del percorso in relazione alla programmazione stabilità e rendicontazione collettiva: aggiunti rispetto agli indicatori individuali | 100% |     |      | 2 |
| D7             | Promuovere l'ottimizzazione di utilizzo nella gestione dell'OBI al fine di ridurre le inappropriatazze dei ricoveri ordinari  | Analisi con le Direzioni Sanitarie ospedaliere, il Pronto Soccorso e la struttura interessata delle cause di inappropriatazza dei ricoveri medici più frequenti che possono essere risolte come il potenziamento dell'OBI  | Attivazione di nuovi posti letto tecnici di OBI specificatamente dedicati alle casistiche mediche al fine di ridurre le inappropriatazze dei ricoveri ordinari                       | 100% |     |      | 2 |

**È OBIETTIVI DI ATTIVITÀ**

| OBIETTIVI | AZIONI | INDICATORI | VALORE NEGOZIATO | RANGE |     | PESO |
|-----------|--------|------------|------------------|-------|-----|------|
|           |        |            |                  | MIN   | MAX |      |
|           |        |            |                  |       |     | 8    |



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO AREA MEDICA

Responsabile Dr. Luciano Biscarini

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| Attività  | E1  | Definizione volumi di attività prestazioni di ricovero oer acuti   | Volume dimessi numero ricoveri   | 8.500   | 8.000                       | 8.500                  | 2                           |             |
|---|-----|--|--|---|-----------------------------|------------------------|-----------------------------|-------------|
|   |     |  |  |   |                             |                        |                             | E1a         |
| Migliorare e qualificare l'offerta e l'erogazione delle prestazioni mediche | E1a | Raggiungimento degli obiettivi ( Patto per la Salute, Mes, indicazioni regionali, strategia aziendale) per promuovere l'efficacia e l'efficienza degli interventi assistenziali in ambito medico | Raggiungimento risultato fissato per gli obiettivi di interesse per strutture mediche<br>- C14 - Appropriatazza Medica | C14.2 - Percentuale ricoveri in di medico con finalità diagnostica<br>C14.3 - Percentuale ricoveri ordinari medici brevi<br>C14.4 Percentuale ricoveri medici oltrascaglia >= 65 anni | < 18,00<br>< 19,00<br>< 2,8 | 20,0%<br>20,0%<br>3,0% | < 18,00<br>< 19,00<br>< 2,8 | 2<br>2<br>2 |
|   | E1b | Valutazione di missione volontarie dai reparti   | D16 % dimissioni volontarie  | < 1   | 1,2%                        | < 1                    | 2                           |             |
|   | E1c | Controllo appropriatazza durata ricoveri ordinari  | Degerenza media ricoveri medici ordinari   | < 7,99  | 9,99                        | < 7,99                 | 2                           |             |

PESO OBIETTIVI DI ATTIVITA' 12

| OBIETTIVI | AZIONI  | INDICATORI  | VALORE<br>MEGLIORATO   | RANGE               |                     | PESO                |   |
|-----------|---|---|--|---------------------|---------------------|---------------------|---|
|           |   |   |  | MIN                 | MAX                 |                     |   |
| F1a       | 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 Accreditemento Istituzionale e dalle norme ISO | Strutturazione del programma specifico per la struttura                       | Sottoscrizione obiettivi specifici da allegare alla scheda di budget | entro febbraio 2016 | marzo 2016          | entro febbraio 2016 | 2 |
| F1b       | Promuovere la cultura del risk management e della gestione del rischio clinico al fine di identificare i potenziali rischi e le risposte  | Conseguimento obiettivi sottoscritti con il Servizio Qualità e accreditamento | Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti                              | 100%                |                     |                     | 2 |
| F2a       | Perseguimento programma specifico per la Macroindicazione e le strutture di pertinenza  | Sottoscrizione obiettivi specifici da allegare alla scheda di budget          | entro febbraio 2016  | marzo 2016          | entro febbraio 2016 | 1                   |   |



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO AREA MEDICA

Responsabile Dr. Luciano Biscarini

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| Obiettivo | Descrizione   | Indicatore  | Valore                    | Unità   | Periodo |
|-----------|---|---|---------------------------|---|---------|
| F2b       | adeguate perseguendo obiettivi aziendali strategici ben delineati.  | Conseguimento obiettivi sottoscritti  | 100%                      |   | 2       |
| F3        | Promuovere il miglioramento dell'appropriatezza autorizzativa   | Aderenza DGR 1324 del 2002 per il governo e l'appropriatezza della spesa per i trasporti sanitari.<br>Monitoraggio consumi per trasporti sanitari                         | 100%                      | % congruità delle richieste effettuate dai servizi  | 2       |
| F4        | Gestione appropriata utilizzo beni sanitari per le strutture di pertinenza  | Monitoraggio della richiesta/consumo dei beni sanitari  | 100%                      | Cifra economica assegnata dal servizio farmaceutico   | 4       |
| F5a       |   | Determinazione protocollo antibiotico/terapia e successiva applicazione   | 100%                      | Presentazione entro il mese di Marzo e determinazione % di prescrizioni in aderenza al protocollo                     | 2       |
| F5b       |   | Determinazione piano farmaceutico Azienda (Ospedale, Territorio) e successiva applicazione  | 100%                      | Presentazione entro il mese di Marzo e determinazione % di prescrizioni in aderenza al protocollo                     | 1       |
| F5c       |   | Redazione specifici piani terapeutici per i trattamenti delle patologie reumatologiche e successiva applicazione  | 100%                      | Presentazione piani terapeutici entro Febbraio e determinazione % di prescrizioni in aderenza ai piani terapeutici    | 1       |
| F5d       |   | Predisposizione linee guida di prescrizione dei farmaci per Patologie Respiratorie e successiva applicazione  | 100%                      | Presentazione linee guida entro il mese di Marzo 2015 e determinazione % di prescrizioni in aderenza alle linee guida | 1       |
| F5e       |   | Presentazione linee guida alle U.O. e ai MMG  | 100%                      | Incontri annuali per tutti i dipartimenti e per tutti i nuclei MMG Aziendali  | 1       |
| F5f       |   | Predisposizione protocolli prescrizione farmaci diabetologici, farmaci HIV, Sclerosi Moltiplici di insesa con l'Az. Osp. di Terni   | 100% di quelli previsti   | Presentazione protocolli entro Aprile   | 2       |
| F5g       |   | Utilizzo richiesta unica motivata per antibiotico/terapia e albumine  | 100%                      | Numero richieste motivate numerolrichieste previste   | 1       |
| F5h       |   | Limitazione dell'utilizzo dei prodotti esclusivi  | 100%                      | Numero di prodotti esclusivi utilizzati/numero totale prodotti utilizzati   | 2       |
| F5i       | Promuovere l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica finalizzata alla sicurezza delle cure e all'efficiente utilizzo delle risorse | Erogazione 1° ciclo terapia nei pazienti dimessi  | ≥1%                       | Numero dei pazienti che ritirano i farmaci /numero dei dimessi  | 2       |
| F5l       |   | Revisione dei materiali per endoscopia digestiva da utilizzare e negoziazione dei prezzi di acquisto, finalizzata alla riduzione della spesa in collaborazioni con il DAF | 100% di quelli utilizzati | Numero prodotti utilizzati sottoscritti e revisione e a negoziazione  | 1       |

a e Sicurezza delle Cure



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO AREA MEDICA

Responsabile *Dr. Luciano Biscarini*

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| Qualità, Appropriatezza |  |  |         |     |   |
|-------------------------|--|--|---------|-----|---|
| F5m                     | Attimizzazione dei dati mobilità attiva farmaceutica nella procedura informatica "FILE F"  | Numero farmaci inseriti nella procedura " FILE F"/ numero farmaci erogati  | 100%    |     | 1 |
| F5u                     | Prescrizione degli Antibiotici nel rispetto dei protocolli della ROR edo aziendali   | Numero richieste appropriate/numero richieste effettuate   | 100%    |     | 1 |
| F5o                     | Puntuale compilazione e chiusura registri ALFA   | Numero prescrizioni con i registri ALFA completati tempestivamente/numerali prescrizioni con i registri ALFA   | 100%    |     | 2 |
| F5p                     | Determinazione Tetto di spesa farmaci oncologici per struttura e per medico prescrizione   | Rispetto del Tetto di spesa per struttura valore €..... e del Tetto di spesa per medico valore €..... (bilancio agli atti della Farmacia)  | 100%    |     | 2 |
| F5q                     | Prescrizioni ausili protesici secondo le linee guida aziendali   | Numero prescrizioni nel rispetto delle linee guida/le prescrizioni ausili protesici  | 100%    | 90% | 2 |
| F5r                     | Monitoraggio e controllo costi nutrizione artificiale evidenziando per trimestre le criticità verso cui apportare azioni correttive monitorando anche la corretta applicazione dei protocolli per la prescrizione dei prodotti per la nutrizione artificiale | Numero prescrtori nel rispetto dei protocolli/numero totali di prescrtori di prodotti per nutrizione artificiale   | 100%    | 95% | 1 |
| F6a                     | Promuovere l'appropriatezza prescrittiva di specialistica ambulatoriale anche attraverso le analisi di relazione fra la domanda e  | Monitoraggio e controllo con le strutture di laboratorio e le strutture di diagnostica e con altre strutture ospedaliere, dell'appropriatezza prescrittiva da parte delle strutture del Dipartimento attraverso l'effettuazione di incontri specifici, con il supporto della Direzione dell'Ospedale, per analisi e verifiche per:<br>- la valutazione del tasso di prestazioni specialistiche a maggior rischio di inappropriatezza radiologiche e di laboratorio<br>- l'identificazione delle misure di promozione e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva<br>- la determinazione di volumi/valori di riferimento | 100,00% |     | 2 |



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO AREA MEDICA

Responsabile Dr. Luciano Biscarini

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

|     |                |   |   |             |  |          |
|-----|----------------|---|---|-------------|--|----------|
| T66 | <p>Offerta</p> | <p>Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza prescrittiva da parte dei servizi territoriali e del MMG/PLS, in collaborazione con il Distretto e la Direzione Sanitaria dell'Ospedale, attraverso:<br/>- la valutazione del tasso di prestazioni specialistiche a maggior rischio di inappropriatazza di ambito del Dipartimento - la promozione e l'attuazione di incontri specifici per analisi e verifiche con i NAP di riferimento<br/>- l'identificazione delle misure di promozione e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di percorsi di presa in carico</p> | <p>Rendicontazione delle attività di analisi, monitoraggio e controllo, relazione sugli incontri specifici effettuati e sulla individuazione delle misure di promozione dell'appropriatezza individuate</p> | <p>100%</p> |  | <p>2</p> |
|-----|----------------|---|---|-------------|--|----------|

PESO OBIETTIVI QUALITA', APPROPRIATEZZA, SICUREZZA DELLE CURE 40

**G. OBIETTIVI PER LA REALIZZAZIONE DEI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI**

| OBIETTIVI |  | AZIONI  | INDICATORI  | VALORE NEGOZIATO    | RANGE |     | PESO |
|-----------|--|---|---|---------------------|-------|-----|------|
| G1a       | Attuazione delle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2016-2018 | Mappatura processi e individuazione attività di rischio   | Sottoscrizione obiettivi specifici inseriti nel Piano Anticorruzione da allegare alla scheda di budget                  | entro febbraio 2016 | MIN   | MAX | 5    |
| G1b       |  | Conseguimento obiettivi sottoscritti  | Obiettivi conseguibili previsti   | 100%                |       |     | 10   |
| G2        | Attuazione delle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale per l'Integrità e la Trasparenza             | Pubblicazione nel sito aziendale sezione "Amministrazione Trasparente" quanto di propria competenza | Numero pubblicazioni effettuate/numero pubblicazioni dovute sul sito aziendale nei termini previsti dal piano triennale | 100%                |       |     | 5    |

PESO OBIETTIVI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI 20

|  |             |     |
|--|-------------|-----|
|  | PESO TOTALE | 100 |
|--|-------------|-----|



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO AREA MEDICA

Responsabile Dr. Luciano Biscarini

Anno 2016

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 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 28.2.2017 e trasmesse all'Ufficio Relazioni Sindacali entro il 10.3.2017. Tali operatività rappresentano obiettivi specifici 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. della scadenza del trimestre e la relazione finale entro il 28 febbraio 2017. La mancata trasmissione delle relazioni suddette comporta una decurtazione del punteggio finale pari al massimo al 10% del totale. P.O. di Foligno

Sede e Data negoziazione

25 FEB. 2016

Firma Responsabile

Timbro e Firma Direzione

S.C. Medicina Generale  
Primario: Dr. Luciano Biscarini  
Dip. A. Med. Cod. G110-5743



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Responsabile Dr. Elisabetta Cordis

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| Contabilità Generale e Analitica |   | A1 OBIETTIVI PER LA GESTIONE E RENDICONTAZIONE DELLE RISORSE E DI EQUILIBRIO ECONOMICO |                                      |                  |                  |      |
|----------------------------------|---|--|--------------------------------------|------------------|------------------|------|
| A1                               | OBIETTIVI   | AZIONI   | INDICATORI                           | VALORE NEGOCIATO | RANGE<br>MIN MAX | PESO |
|                                  | 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    | 100% entro il 10 del mese successivo | 100% (NC = 0)    |                  | 2    |
| PIANO OBIETTIVI ECONOMICI        |   |  |                                      |                  |                  |      |

| Flussi Informativi |  | A1 OBIETTIVI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DEI DATI E DEI FLUSSI INFORMATIVI                                     |   |                                    |                  |      |
|--------------------|--|---|---|------------------------------------|------------------|------|
| B1a                | OBIETTIVI  | AZIONI  | INDICATORI  | VALORE NEGOCIATO                   | RANGE<br>MIN MAX | PESO |
| B1a                | Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati da parte delle strutture di degenza nel SW SINCOS con alimentazione dei flussi informativi | Miglioramento della codifica della SDO in concordanza con i contenuti della cartella clinica                          | Riduzione del numero degli edti rispetto a consuntivo 2015  | < Valore 2015                      | 95% 100%         | 1    |
| B1b                |  | Chiusura SDO entro 15 gg. dalla dimissione  | SDO chiuse/Totali dimessi   | 98%                                | 97% 100%         | 2    |
| B1c                |  | Controllo qualità e appropriatezza delle cartelle cliniche in collaborazione con la Direzione Sanitaria dell'Ospedale | Effettuazione controlli sulle cartelle cliniche come da disposizioni ministeriali per: A) verifica di concordanza SDO/cartella clinica; B) verifica appropriatezza del trattamento  | A) 10%<br>B) 2,5%<br>Dicembre 2016 |                  |      |
| B1d                | Controllo sistematico casistica DRG potenzialmente inappropriati in collaborazione con la Direzione Sanitaria dell'Ospedale  | Pieno utilizzo cartella clinica informatizzata  | Utilizzo fogli attivi SDO, lettera dimissione, registro operatorio, certificazione inps con corretta assegnazione data prenotazione ricoveri programmati e classe di priorità nel rispetto del regolamento dei ricoveri aziendali | 100%                               | 97% 100%         | 1    |
| B1e                |  |   |   | 100%                               |                  | 2    |

*SCORRY*

*[Signature]*



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Responsabile Dr. Elisabetta Cortis

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

|                                       |  | PESO OBIETTIVI E L. S. I. INFORMATIVI   |  |                  |     |      |    |
|---------------------------------------|--|---|--|------------------|-----|------|----|
| R24                                   | 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 Consultoriali nel SW specifico con alimentazione dei rispettivi flussi | Corretta tenuta dei flussi di governo (STS, FLS,.....) nel rispetto della procedura aziendale di riferimento, attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati per la copertura quantitativa e qualitativa dei dati con soddisfazione del debito informativo NSIS | Trasmissione dei flussi nel rispetto delle modalità, della completezza, della qualità, delle scadenze previste dalle disposizioni nazionali e regionali in aderenza alla procedura aziendale | 100%<br>(NC = 0) | 95% | 100% | 1  |
|                                       | R24  | Corretta alimentazione dei sistemi gestionali di pertinenza nel rispetto delle indicazioni formative/informative e p riduzione della reportistica specifica su format definito per i Consultori   | Trasmissione reportistica richiesta al controllo di gestione su base trimestrale, su format prestabilito, entro 30 giorni dalla chiusura del trimestre                                       | 100%             | 98% | 100% | 2  |
| PESO OBIETTIVI E L. S. I. INFORMATIVI |  |   |  |                  |     |      | 10 |

*Storti*

*[Signature]*



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Responsabile Dr. Elisabetta Cortis

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| C/OBIETTIVI DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI |  | INDICATORI   | VALORE<br>MEZZOZITO   | RANGE            |        | PESO   |   |
|---|--|--|---|------------------|--------|--------|---|
| OBIETTIVI   | AZIONI   |  |   | MIN              | MAX    |        |   |
| C1a   | Migliorare e qualificare le modalità organizzative ed erogative nella gestione dell'offerta delle prestazioni ambulatoriali per garantire:<br>- il mantenimento di adeguati e appropriati livelli dell'offerta rispetto alla domanda,<br>- il contenimento dei tempi di attesa,<br>- l'efficienza organizzativa del sistema,<br>- l'equità di accesso ai servizi ambulatoriali | Definizione volumi di attività prestazioni ambulatoriali   | Respetto 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. | 47.000           | 46.000 | 47.000 | 1 |
| C1b   |  | Monitoraggio erogazione delle prestazioni  | Percentuale di prestazioni prenotate sul totale delle prestazioni erogate   | 85%              | 80%    | 100%   | 1 |
| C1c   |  | Monitoraggio tempi di attesa delle prestazioni RAO e delle prestazioni non RAO   | % di prestazioni erogate nei tempi previsti per i RAO (RAO U=39g; B= 109g; D=30/60g; P=360 gg) e per i non RAO (30 gg)  | 90%              | 85%    | 100%   | 2 |
| C1d   |  | Validazione dell'erogato nei servizi con monitoraggio della concordanza RAO, per le prestazioni che lo prevedono, nel rispetto della procedura aziendale | Validazione effettuata/validazione totale con % di rilevazione della concordanza per le prestazioni RAO per le prestazioni che lo prevedono   | 100%             | 95%    | 100%   | 2 |
| C1e   |  | Gestione sospensione delle agende nel rispetto della procedura aziendale   | Corretta applicazione della procedura prevista per la gestione della sospensione delle agende   | 100%<br>(NC = 0) | 95%    | 100%   | 1 |
| C2a   | Migliorare e qualificare le modalità organizzative ed erogative nella gestione dell'offerta delle prestazioni di secondo livello per lo screening  | Plena attuazione dei percorsi diagnostici di secondo livello per lo screening oncologico citologico  | Completamento percorsi di secondo livello con prenotazione a CUP  | 100%             |        |        | 1 |
| C2b   |  | Garanzia di tempi di attesa congrui per le indagini di approfondimento   | Percentuali di prestazioni erogate entro i 30 gg  | 85%              | 80%    | 100%   | 1 |
| C3  | Promuovere la dematerializzazione delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale al fine di efficientare i sistemi e facilitare la presa in carico dei pazienti   | Pleno utilizzo del ricettario elettronico da parte di tutti i medici prescrittori della struttura evitando di inviare il paziente al MMG/PLS             | N. richieste prestazioni dematerializzate / N. richieste totale   | 100%             | 80%    | 100%   | 2 |

PIANO OBIETTIVI LISTE ATTESA

*ECOR*

*A*



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Responsabile Dr. Elisabetta Cortis

Anno 2016

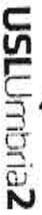
PIANO DEGLI OBIETTIVI

| OBIETTIVI |   | AZIONI   |   | INDICATORI   |  | VALORE<br>MEGGIORATO | RANGE |     | PESO |
|-----------|---|--|---|--|--|----------------------|-------|-----|------|
|           |   |  |   |  |  |                      | MIN   | MAX |      |
| D1a       | Promuovere l'utilizzo efficiente delle risorse attraverso la corretta gestione di utilizzo dei blocchi operatori  | Rispetto della programmazione operatoria   | Rispetto dell'orario della programmazione operatoria  | Percentuale di interventi rimandati  |  | < 5                  | 5%    | < 5 | 2    |
| D1b       | Attivazione Centro Donna e riorganizzazione attività pediatrica, ostetrica e ginecologiche nell'Ospedale di Narni come da piano attuativo aziendale e qualificazione attività consultoriali   | Revisione dei processi organizzativi all'interno dell'Ospedale per assicurare la piena attuazione del Centro Donna e della riorganizzazione delle altre attività | Qualificazione delle attività consultoriali attraverso l'accesso in consultorio dei gruppi classe per assicurare la conoscenza del servizio   | Individuale in particolare:<br>- Stesura protocollo per la pianificazione e l'organizzazione del trasferimento del 2° livello dello screening citologico dal territorio ex-ASL 4 al Centro Donna |  | 90%                  | 85%   | 90% | 2    |
| D2a       | Promuovere l'implementazione dei percorsi diagnostico - terapeutici (PDTA) deliberati dalla Regione Umbria al fine di garantire percorsi integrati e di qualità per la presa in carico delle diverse tipologie di pazienti assicurando la migliore sequenza temporale e spaziale possibile degli interventi da effettuare | Plena attuazione della Delibera del Direttore Generale n. 637/2015 per il completamento di tutte le azioni per la rete materno-infantile*                        | Relazione dettagliata di attivazione di quanto previsto dalla delibera:<br>- qualificazione dello STAM e dello STEN in aderenza alla protocollo sottoscritto fra USL 2 e AO di Terni<br>- verifica dell'accreditabilità dei PN attivi<br>- attuazione dell'ACOI in aderenza alla protocollo sottoscritto fra USL 2 e AO di Terni<br>- integrazione territorio-ospedale con qualificazioni reit consultorio/ospedale/PLS in pre e post partum.<br>- utilizzo di una cartella unica.<br>- formazione congiunta ospedale/territorio.<br>- predisposizione di protocolli diagnostici terapeutici condivisi tra ospedale e territorio<br>- carta dei servizi |  |  | 100%                 |       |     | 1    |
| D2b       |   |  |   |  |  | 100%                 |       |     | 1    |
| D3        |   |  |   |  |  | 100%                 |       |     | 2    |

Organizzazione

*Scorin*

*[Handwritten signature]*



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Responsabile Dr. Elisabetta Cortis

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| D14a                                |  | Corretta alimentazione, gestione ed evasione delle liste di attesa per gli interventi chirurgici in regime di ricovero:<br>- Monitoraggio della concordanza dell'appropriatezza prescrittiva nel rispetto delle griglie del regolamento aziendale<br>- Monitoraggio della gestione delle liste di attesa | percentuale di pazienti inseriti in lista di attesa congrui con la classe di priorità della griglia   | 100% | 85% | 90% | 2 |  |    |
|-------------------------------------|--|--|---|------|-----|-----|---|--|----|
| D14b                                | Garantire le corrette modalità organizzative ed erogative per la gestione dell'offerta delle prestazioni chirurgiche e il contenimento dei tempi di attesa | Monitoraggio tempi di attesa per le prestazioni erogate in regime di ricovero e in regime ambulatoriale sottoposte a monitoraggio ministeriale:<br>Interventi Chirurgici: Tumore dell'Utero  | controllo periodico della lista di attesa per tutti i casi che superano il tempo di attesa previsti<br>percentuale di concordanza tra il numero di pazienti operati (già inseriti in lista di attesa) e il numero di pazienti evasi dalla lista | 100% |     |     | 2 |  |    |
| D14c                                |  |  | Rispetto del tempo massimi di attesa in base alla priorità assegnata per le procedure sottoposte a monitoraggio ministeriale:   | 95%  | 90% | 95% | 2 |  |    |
| D15                                 | Promuovere l'ottimizzazione di utilizzo nella gestione dell'OBI ai fini di ridurre le inappropriatozze dei ricoveri ordinari                               | Analisi con le Direzioni Sanitarie ospedaliere, il Punto Soccorso e le strutture interessate delle cause di inappropriatozza dei ricoveri chirurgici più frequenti che possono essere risolte come il potenziamento dell'OBI   | Attivazione di nuovi posti letto tecnici di OBI specificatamente dedicati alle casistiche chirurgiche al fine di ridurre le inappropriatozze dei ricoveri ordinari  | 100% |     |     | 2 |  |    |
| <b>PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI</b> |  |  |   |      |     |     |   |  | 18 |

*E Cortis*



SCHEDA OBIETTIVI  
 AREA SANITARIA  
 DIREZIONE AZIENDALE  
 UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Responsabile Dr. Elisabetta Cortis

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| OBIETTIVI                   | AZIONI  | INDICATORI   | VALORE<br>NEGOZIANO   | RANGE  |        | PESO   |   |
|-----------------------------|---|--|---|--------|--------|--------|---|
|                             |   |  |   | MIN    | MAX    |        |   |
| <b>ATTIVITÀ DI ATTIVITÀ</b> |   |  |   |        |        |        |   |
| E1                          | Migliorare e qualificare l'offerta e l'erogazione delle prestazioni chirurgiche   | Definizione volumi di attività prestazioni di ricovero per acuti   | Volume dimess. numero ricoveri  | 10.000 | 9.500  | 10.000 | 1 |
| E2a                         | Raggiungimento degli obiettivi ( Patto per la Salute, Mes, indicazioni regionali, strategia aziendale) per promuovere l'efficacia e l'efficienza degli interventi assistenziali in ambito chirurgico        | Raggiungimento risultato fissato per gli obiettivi di interesse per strutture chirurgiche<br>- C4 - Appropriatazza Chirurgica<br>Efficienza pre-operatoria<br>- C3 | C4.1 - Percentuale DRG medici da reparti chirurgici<br>C4.7 - DRG LEA chirurgici - Percentuale ricoveri in Day Surgery<br>C3.5 Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati | < 18   | 20,00% | < 18   | 2 |
| E2b                         |   |  |   | > 48   | 47,00% | > 48   | 2 |
| E2c                         |   |  |   | < 1    | 1      | < 1    | 2 |
| E3a                         | Raggiungimento degli obiettivi ( Patto per la Salute, Mes, indicazioni regionali, strategia aziendale) per promuovere l'efficacia e l'efficienza degli interventi assistenziali in ambito materno infantile | Raggiungimento risultato fissato per gli obiettivi di interesse per strutture dell'area materno infantile<br>- C7 - Materno- infantile                             | C7.1 Percentuale di parti cesarei<br>C7.2 Percentuale episodi omni deparati   | < 20   | 25,00% | < 20   | 2 |
| E3b                         |   |  |   | < 45   | 45,00% | < 45   | 2 |
| E4                          | Raggiungimento degli obiettivi ( Patto per la Salute, Mes, indicazioni regionali, strategia aziendale) per promuovere la qualità degli interventi assistenziali   | Valutazione dimissione volontaria dai reparti  | D18 % dimissioni volontarie   | < 1    | 1,2%   | < 1    | 2 |
| E5                          | Garantire la sorveglianza delle malattie rare e la loro presa in carico attraverso la corretta gestione del Registro  | Completamento alimentazione registro   | N inserimento registrazioni in certificazioni nasciate  | 100%   | 90%    | 100%   | 1 |

PESO OBIETTIVI DI ATTIVITÀ

*S. Cortis*

*[Signature]*



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Responsabile Dr. Elisabetta Cortis

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| OBIETTIVI   | AZIONI  | INDICATORI   | R. OBIETTIVI DI QUALITA', DI APPROPRIATEZZA E DI SICUREZZA DELLE CURE |              |                     | PESO |
|---|---|--|---|--------------|---------------------|------|
|   |   |  | VALORE NEGOZIATO  | RANGE<br>MIN | RANGE<br>MAX        |      |
| I.1a<br>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 Accredittamento Istituzionale e dalle norme ISO | Strutturazione del programma specifico per la struttura<br><br>Conseguimento obiettivi sottoscritti con il Servizio Qualità e accreditamento  | Sottoscrizione obiettivi specifici da allegare alla scheda di budget<br><br>Obiettivi conseguibili/obiettivi previsti                | entro febbraio 2016   | marzo 2016   | entro febbraio 2016 | 2    |
| I.2a<br>Promuovere la cultura del risk management e della gestione del rischio clinico ai fini di identificare i potenziali rischi e le risposte adeguate perseguendo obiettivi aziendali strategici ben delineati.   | Perseguimento programma specifico per la Macrocontrollazione e le strutture di pertinenza<br><br>Conseguimento obiettivi sottoscritti   | Sottoscrizione obiettivi specifici da allegare alla scheda di budget<br><br>Obiettivi conseguibili/obiettivi previsti                | entro febbraio 2016   | marzo 2016   | entro febbraio 2016 | 1    |
| I.3a<br>Promuovere l'erogazione delle prestazioni in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità, sicurezza garantendo le prestazioni solo nelle strutture che rispettano i valori soglia dei volumi e di rischio per il PNE   | Rispetto delle soglie minime dei volumi di attività<br><br>Rispetto delle soglie di rischio ed esito  | Rispetto dei volumi per la tipologia di PN<br><br>percentuale di TC per tipologia di PN  | 100%  |              |                     | 1    |
| I.4a<br>Promuovere l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza, la qualità, la sicurezza ed equità delle cure   | Rispetto programma aziendale per la parit. analgesia<br><br>Attivazione della raccolta del sangue cordone in tutti i punti nascita della Regione mediante la promozione di specifiche iniziative di sensibilizzazione e formazione del personale sanitario afferenti i servizi<br><br>Sorveglianza in sala operatoria | % parti in analgesia<br><br>Reportistica semestrale sul numero delle donazioni eterologhe<br><br>% di utilizzo check list operatoria | 30%   | 20%          | 30%                 | 1    |
| I.4c  |   |  | 100%  |              |                     | 1    |

*E Cortis*

*[Handwritten signature]*



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Responsabile Dr. Elisabetta Cortis

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| Qualità, Appropriatezza e Sicurezza delle Cure   |   |  |                          |     |   |
|--|---|--|--------------------------|-----|---|
| F+Id   | Monitoraggio indici di Robson per il Taglio Cesareo   | Valutazione aderenza agli indici   | 100%                     |     | 1 |
| F5   | Gestione appropriata utilizzo beni sanitari per le strutture di pertinenza  | Cifra economica assegnata dal servizio farmaceutico  | 100%                     | 95% | 2 |
| F6a  | Determinazione protocollo antibiocolterapia   | Presentazione entro il mese di Marzo   | 100% entro 31 marzo 2016 |     | 1 |
| F6b  | Rispetto protocollo antibiocolterapia   | numero prescrizioni nel rispetto del protocollo antibiocolterapia/numero totali prescrizioni antibiotici | 100%                     | 90% | 1 |
| F6c  | Promuovere l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica finalizzata alla sicurezza delle cure e all'efficiente utilizzo delle risorse | Numero richieste motivate numerorichieste previste   | 100%                     | 90% | 1 |
| F6d  | Utilizzo richiesta unica motivata per antibiocolterapia e albumine  | Numero di prodotti esclusivi utilizzati/numero totale prodotti utilizzati                                | ≥ 1%                     |     | 1 |
| F6e  | Limitazione dell'utilizzo dei prodotti esclusivi  | Erogazione 1° ciclo terapia nei pazienti dimessi   | >80%                     |     | 1 |
| F6f  | Predisposizione di tutti i capitoli di gara di competenza in collaborazione con il DAF  | Numero dei pazienti che ritirano i farmaci /numero dei dimessi   | 100%                     |     | 1 |
| F7a  | Promuovere l'appropriatezza prescrittiva di specialistica ambulatoriale anche attraverso le analisi di relazione fra la domanda e   | Numero capitoli predisposti /Numero di capitoli da predisporre   | 100%                     |     | 1 |
| <p>Monitoraggio e controllo con le strutture di laboratorio e le strutture di diagnostica e con altre strutture ospedaliere, dell'appropriatezza prescrittiva da parte delle strutture del Dipartimento attraverso l'effettuazione di incontri specifici, con il supporto della Direzione dell'Ospedale, per analisi e verifiche per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la valutazione del tasso di prestazioni specialistiche a maggior rischio di inappropriatazza radiologiche e di laboratorio</li> <li>- l'individuazione delle misure di promozione e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva</li> <li>- la determinazione di volumi di riferimento</li> </ul> <p>Rendicontazione delle attività di analisi, monitoraggio e controllo, relazione sugli incontri specifici effettuati e sulla individuazione delle misure di promozione dell'appropriatezza individuale</p> |   |  |                          |     |   |
|  |   |  | 100,00%                  |     | 1 |

*ECOR*



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

Responsabile Dr. Elisabetta Cortis

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| Offerta  |  | Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza prescrittiva da parte dei servizi territoriali e del MMG/P.S. in collaborazione con il Distretto e la Direzione Sanitaria dell'Ospedale, attraverso:<br>- la valutazione del lasso di prestazioni specialistiche a maggior rischio di inappropriatezza di ambito del Dipartimento - la promozione e l'effettuazione di incontri specifici per analisi e verifiche con i NAP di riferimento<br>- l'identificazione delle misure di promozione e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di percorsi di presa in carico | Rendicontazione delle attività di analisi, monitoraggio e controllo, relazione sugli incontri specifici effettuati e sulla individuazione delle misure di promozione dell'appropriatezza individuale | 100%                |     |            |                     | 1  |
|--|--|---|--|---------------------|-----|------------|---------------------|----|
| F7   | Promuovere le attività di promozione della Salute in aderenza a quanto previsto dal Piano della Prevenzione con il supporto del Servizio Promozione della Salute | Programmazione delle attività distrettuali di promozione della salute in linea con il PRP   | Attività realizzate /attività previste   | 100%                | 90% | 100%       | 1                   |    |
| F8   | Promuovere il miglioramento dell'appropriatezza autorizzativa  | Aderenza DGR 1324 del 2002 per il governo e l'appropriatezza della spesa per i trasporti sanitari. Monitoraggio consumi per trasporti sanitari  | % congruità delle richieste effettuate dai servizi   | 100%                | 95% | 100%       | 1                   |    |
| PESO OBIETTIVI QUALITATIVI, APPROPRIATEZZA, SICUREZZA DELLE CURE   |  |   |  |                     |     |            |                     |    |
| G. OBIETTIVI PER LA REALIZZAZIONE DEI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI  |  |   |  |                     |     |            |                     |    |
| OBIETTIVI  |  | AZIONI  | INDICATORI   | VALORE NEGOCIATO    | MIN | RANGE MAX  | PESO                |    |
| Attuazione delle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2016-2018 |  | Mappatura processi e individuazione attività di rischio   | Sottoscrizione obiettivi specifici inseriti nel Piano Anticorruzione da allegare alla scheda di budget   | entro febbraio 2016 |     | marzo 2016 | entro febbraio 2016 | 5  |
| Conseguimento obiettivi sottoscritti   |  |   | Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti  | 100%                |     |            |                     | 10 |

*ECOM*

*[Signature]*



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Responsabile Dr. Elisabetta Cortis

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

PESO OBIETTIVI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI

200

PESO TOTALE 100

| Pia    | (?) | Attuazione delle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale per l'Integrità e la Trasparenza  | Publicazione nel sito aziendale sezione "Amministrazione Trasparente" quanto di propria competenza | Numero pubblicazioni effettuate/numero pubblicazioni dovute sul sito aziendale nei termini previsti dal piano triennale | 100% |  |  |  |
|--------|-----|---|--|---|------|--|--|--|
|        |     |   |  |   |      |  |  |  |
| PIA    |     |   |  |   |      |  |  |  |
| 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 ristrutturazione 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. 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 2017. La mancata trasmissione delle relazioni suddette comporta una decurtazione del punteggio finale pari al massimo al 10% del totale ottenuto.  |  |   |      |  |  |  |

Sede e Data negoziazione

15 FEB. 2016

Firma Responsabile

Timbro e Firma Direzione



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO DI IDENTIFICAZIONE

Risorse della Dr. Faure Zamponi

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| Contabilità Generale e Analitica | OBIETTIVI   | AZIONI  | INDICATORI                           | VALORE RAGGIARE |     |     | PESCO |
|----------------------------------|---|---|--------------------------------------|-----------------|-----|-----|-------|
|                                  |   |   |                                      | VALORE RAGGIARE | MIN | MAX |       |
| (A)                              | 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 | 100% entro il 10 del mese successivo | 100% (NC = 0)   |     |     | 2     |

PESCO OBIETTIVI FINO A OTTO

| Flussi Informativi | OBIETTIVI   | AZIONI  | INDICATORI   | VALORE RAGGIARE  |  |                                     | PESCO                               |
|--------------------|---|---|--|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
|                    |   |   |  | VALORE RAGGIARE  | MIN  | MAX                                 |                                     |
| (A)                | Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati da parte delle strutture di degenza nei SW SIMCOS con alimentazione dei flussi informativi  | <p>Miglioramento della codifica della SDO in concordanza con i contenuti della cartella clinica</p> <p>Chiusura SDO entro 15 gg. della emissione</p> <p>Controllo qualità e appropriatezza delle cartelle cliniche in collaborazione con la Direzione Sanitaria dell'Ospedale</p> <p>Controllo sistematico casistica DRG potenzialmente inappropriati in collaborazione con la Direzione Sanitaria dell'Ospedale</p> <p>Pieno utilizzo cartella clinica informatizzata</p>  | <p>Riduzione del numero degli errori rispetto a consuntivo 2015</p> <p>SDO chiuse/Totale dimessi</p> <p>Effettuazione controlli sulle cartelle cliniche come da disposizioni ministeriali per: A) verifica di concordanza SDO/cartella clinica; B) verifica appropriatezza del trattamento</p> <p>Effettuazione controlli sul 100% delle cartelle cliniche inviate al controllo e che risultano attribuite a DRG potenzialmente inappropriati</p> <p>Utilizzo fogli attivi SDO, lettera dimissione, registro operativo, certificazione ipqs con corretta assegnazione data prenotazione ricoveri programmati e casse di priorità nel rispetto del regolamento dei ricoveri aziendali</p> | <p>&lt; Valore 2015</p> <p>98%</p> <p>A) 10%<br/>B) 2,5%<br/>Dicembre 2016</p> <p>100%</p> <p>100%</p> | <p>95%</p> <p>97%</p> <p>97%</p> <p>100%</p> | <p>100%</p> <p>100%</p> <p>100%</p> | <p>1</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>1</p> |
| (B)                | 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 nei SW specifico con alimentazione dei flussi flussi | <p>Corretta tenuta dei flussi di governo (STS, FLS.....) nel rispetto della procedura aziendale di riferimento, attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati per la copertura quantitativa e qualitativa dei dati con soddisfazione del debito informativo NSIS</p> <p>Corretta alimentazione dei sistemi gestionali di pertinenza nel rispetto delle indicazioni formative/informative e riduzione della reportistica specifica su format definito <del>per</del> <del>la</del> <del>Commissione</del></p> | <p>Trasmissione dei flussi nel rispetto delle modalità, della completezza, della qualità, delle scadenze previste dalle disposizioni nazionali e regionali in aderenza alla procedura aziendale</p> <p>Trasmissione reportistica richiesta, al controllo di gestione su base trimestrale, su format prestabilito, entro 30 giorni dalla chiusura del trimestre</p>   | <p>100% (NC = 0)</p> <p>100%</p>   | <p>95%</p> <p>98%</p>                        | <p>100%</p> <p>100%</p>             | <p>1</p> <p>2</p>                   |

PESCO OBIETTIVI FINO A OTTO

USL Umbria N° 2  
Dott. Mauro Zamponi  
Direttore S.C. di Neurologia e Riabilitazione  
Servizio di Neurologia e Riabilitazione  
Ospedale di Foligno



**USL Umbria2**  
**SCHEDA OBIETTIVI**  
**AREA SANITARIA**  
**DIREZIONE AZIENDALE**  
**UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE**

**DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE**

Responsabile Dr. Mauro Zampolini

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| CATEGORIA       | AZIENDA  | INDICATORE  | RANGE   |   |               | PESO   |      |   |
|-----------------|--|---|---|---|---------------|--------|------|---|
|                 |  |   | VALORE INIZIALE   | VALORE FINALE   | MAX           |        |      |   |
| Liste di attesa | Definizione volumi di attività prestazioni ambulatoriali   | Monitoraggio erogazione delle prestazioni   | Rispetto del volume 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. | 83.000  | 81.000        | 83.000 | 2    |   |
|                 |  |   |   | 85%   | 80%           | 100%   | 1    |   |
|                 |  |   |   | % di prestazioni erogate nei tempi previsti per i RAO (RAO U=399; B= 1099; D=308699; P=380 99) e per i non RAO (30 99)                                  | 90%           | 85%    | 100% | 2 |
|                 |  |   |   | Validazione dell'ergato nei servizi con monitoraggio della concordanza RAO, per le prestazioni che lo prevedono, nel rispetto della procedura aziendale | 100%          | 95%    | 100% | 2 |
|                 |  |   |   | Gestione sospensione delle agende nel rispetto della procedura aziendale  | 100% (NC = 0) | 95%    | 100% | 1 |
| C2              | Promuovere la dematerializzazione delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale al fine di efficientare i sistemi e facilitare la presa in carico dei pazienti | Piano utilizzo del fascicolo elettronico da parte di tutti i medici prescrittori della struttura evitando di inviare il paziente al MMG/PLS | N. richieste prestazioni dematerializzate / N. richieste totale   | 100%  | 80%           | 100%   | 2    |   |
|                 |  |   |   | PESO OBIETTIVI LISTE ATTESA 10  |               |        |      |   |

*MAURO ZAMPOLINI*  
**AUSL Umbria 2**  
**Dott. Mauro Zampolini**  
 Direttore S.C. di Neurologia e Riabilitazione  
 Servizio di Neurologia e Riabilitazione  
 Ospedale di Foligno



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE

Responsabile: Dr. Mauro Zampolini

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| DESCRIZIONE |   | INDICAZIONE   | VALORE MISURATO  | MIN  | MAX | PESO |   |
|-------------|---|---|--|------|-----|------|---|
| 01          | Riorganizzare e razionalizzare i servizi in aderenza alle linee di indirizzo regionali e alla programmazione aziendale  | Analisi dei contesti in ambito dipartimentale, con il supporto delle Direzioni Sanitarie degli Ospedali, per i ipotesi di una revisione dei percorsi dei ricoveri medici al fine di garantire l'offerta di posti letto per i ricoveri urgenti e ridurre le inapproprietezze d'uso dell'ospedale (ricoveri medici brevi, ricoveri medici oltre soglia, dimessi medici da reparti chirurgici, degenza media elevata, ricoveri febbrili...)  | Presentazione documento di analisi e proposte evolutive              | 100% |     | 2    |   |
| 02          | Promuovere e qualificare l'integrazione territorio-ospedale   | Attivazione percorso dimissione precoce informatizzato in All@me come da progetto regionale;<br>- Utilizzo modulo InterRAI HC (Home Care) per la gestione dell'assistenza domiciliare;<br>Attivazione percorso dimissione precoce informatizzato in All@me come da progetto regionale;<br>- Utilizzo modulo InterRAI PC (Palliative Care) per la gestione delle Cure palliative<br>Attivazione con il supporto del Servizio Qualità e Accreditamento:<br>- DGR n. 159 del 24/02/2014 "Percorso regionale integrato di gestione del trauma maggiore. Approvazione"<br>- DGR n. 158 del 24/02/2014 "Percorso clinico-organizzativo integrato dei pazienti con ictus. Approvazione"<br>- DGR n. 1384 del 09/12/2013 "Protocollo operativo per il percorso diagnostico terapeutico riabilitativo integrato ospedale-territorio per minori affetti da ipozucchia permanente"<br>- DGR n. 562 del 28/05/2014 "Linee di indirizzo sul percorso prescrittivo di ausili tecnologici per la comunicazione in età evolutiva all'interno del progetto riabilitativo individualizzato"<br>- DGR n. 563 del 28/05/2014 "Linee di indirizzo sulla prescrizione protesica di sistemi motorio-posturali in età evolutiva all'interno del progetto riabilitativo individualizzato"<br>- DGR n. 234 del 10/03/2014 "Revisione DGR n. 321/2006 "Percorsi prescrittivi/ protesici acustiche in età adulta" | N° gestioni informatizzate da parte dei reparti/ n. richieste totali | 100% | 90% | 100% | 1 |
| 03          | Promuovere l'implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutici (PDTA) deliberati dalla Regione Umbria al fine di garantire percorsi integrati e di qualità per la presa in carico delle diverse tipologie di pazienti assicurando la migliore sequenza temporale e spaziale possibile degli interventi da effettuare | Relazione dettagliata di verifica di attivazione del percorso in relazione alla programmazione stabilità e rendicontazione obiettivi raggiunti rispetto agli indicatori individuali   | 100%   |      |     | 6    |   |

PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI 10

USL Umbria N° 2  
Dr. Mauro Zampolini  
Direttore S.C. di Neurologia  
e S.C. di Riabilitazione  
e S.C. di Fisiatria  
Servizio di Fisiatria



SCHEDA OBIETTIVI  
 AREA SANITARIA  
 DIREZIONE AZIENDALE  
 UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE

DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE  
 Responsabile: Dr. Mauro Zampolini  
 Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| OBIETTIVI                  | AZIONI   | INDICATORE  | VALORE ASPETTATO  |                             | RISORSE                |                             |             |
|----------------------------|--|---|---|-----------------------------|------------------------|-----------------------------|-------------|
|                            |  |   | MIN   | MAX                         |                        |                             |             |
| <i>Struttura e offerta</i> |  |   |   |                             |                        |                             |             |
| E1                         | Migliorare e qualificare l'offerta e l'erogazione delle prestazioni mediche  | Definizione volumi di attività, prestazioni di ricovero oer acuti e per riabilitazione  | Volume dimessi: numero ricoveri   | 2.000                       | 1.800                  | 2.000                       | 2           |
| E2.1                       | Raggiungimento degli obiettivi ( Patto per la Salute, Mes, Indicazioni regionali, strategia aziendale) per promuovere l'efficacia e l'efficienza degli interventi assistenziali in ambito medico | Raggiungimento risultato fissato per gli obiettivi di interesse per struttura mediche - C14 - Appropriatazza Medica   | C14.2 - Percentuale ricoveri in dti medico con finalità diagnostica<br>C14.3 - Percentuale ricoveri ordinari medici brevi<br>C14.4 Percentuale ricoveri medici d'urgenza >= 65 anni | < 18,00<br>< 19,00<br>< 2,8 | 20,0%<br>20,0%<br>3,0% | < 18,00<br>< 19,00<br>< 2,8 | 2<br>2<br>2 |
| E2.2                       |  | Valutazione dimissione volontarie dai reparti   | D18 % dimissioni volontarie   | < 1                         | 1,2%                   | < 1                         | 2           |
| E2.3                       | Raggiungimento degli obiettivi ( Patto per la Salute, Mes, Indicazioni regionali, strategia aziendale) per promuovere la qualità degli interventi assistenziali                                  | Controllo appropriatazza durata ricoveri ordinari   | Degenza media ricoveri medici ordinari  | < 7,90                      | 9,99                   | < 7,90                      | 2           |
| E3                         | Potenziata e qualificare l'offerta delle prestazioni riabilitative   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Strutturazione dei percorsi per le attività AFA</li> <li>Omnogenizzazione degli interventi nei territori per attività fisioterapica in ADI anche ai fini dell'addestramento del care giver</li> <li>Strutturazione dei percorsi di specialistica ambulatoriale per le patologie organiche acquisite per mioma e adulti</li> <li>Strutturazione dei percorsi riabilitativi per le patologie dell'età evolutiva</li> </ul> | Presentazione e implementazione dei percorsi con organizzazione dei piani di lavoro e dedizione dell'offerta  | 100%                        |                        |                             | 2           |
| E4                         |  | Strutturazione delle agende per le prime visite e per le visite di controllo posti ciclo di trattamento riabilitativo<br>Strutturazione delle agende di secondo livello per la visita fisiatrica post dimissione ospedaliera  | Presentazione e implementazione dei percorsi con organizzazione delle agende CUP e dedizione dell'offerta   | 100%                        |                        |                             | 2           |

PESO OBIETTIVI QUANTITATIVI 16

*Mauro Zampolini*  
 AUSL Umbria2  
 Dott. Mauro Zampolini  
 Direttore S.C. di Neurologia e Riabilitazione  
 Servizio di Neurologia e Riabilitazione  
 Ospedale di Foligno



SCHEDA OBIETTIVI  
 AREA SANITARIA  
 DIREZIONE AZIENDALE  
 UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE  
 DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE

Responsabile Dr. Mauro Zampolini

Anno 2016

PIANO DEGLI OBIETTIVI

| OBIETTIVO  | AZIONE  | INDICATORI  | VALORE INIZIALE     | RISULTATO  |                     | PESCO |
|--|---|---|---------------------|------------|---------------------|-------|
|  |   |   |                     | GEN        | MAX                 |       |
| F.11<br>Promuovere la gestione di qualità delle attività della struttura e dei servizi attraverso il conseguimento dell'accreditamento della certificazione o l'arrivo delle procedure per il SCQ per assicurare gli standard e i livelli di conformità previsti dalle norme di Accreditazione Istituzionale e dalle norme ISO | Strutturazione del programma specifico per la struttura<br>Conseguimento obiettivi sottoscritti con il Servizio Qualità e accreditamento  | Sottoscrizione obiettivi specifici da allegare alla scheda di budget<br>Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti   | entro febbraio 2016 | marzo 2016 | entro febbraio 2016 | 2     |
| F.12<br>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.  | Perseguimento programma specifico per la Macroindicazione e le strutture di pertinenza<br>Conseguimento obiettivi sottoscritti  | Sottoscrizione obiettivi specifici da allegare alla scheda di budget<br>Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti   | entro febbraio 2016 | marzo 2016 | entro febbraio 2016 | 1     |
| F.13<br>Promuovere le attività di promozione della Salute in aderenza e quanto previsto dal Piano della Prevenzione con il supporto del Servizio Promozione della Salute   | Programmazione delle attività desettuali di promozione della salute in linea con il PRP   | Attività realizzate/attività previste   | 100%                | 90%        | 100%                | 2     |
| F.14<br>Gestione appropriata utilizzo beni sanitari per le strutture di pertinenza   | Monitoraggio della richiesta/consumo dei beni sanitari<br>Determinazione protocollo antibioterapia e successiva applicazione<br>Determinazione pronuario farmaceutico Aziendale (Ospedale, Territorio) e successiva applicazione<br>Predisposizione protocolli prescrizione farmaci Sclerosi Multiple di Iniezione con Taz, Oso, di Terzi<br>Applicazione protocolli prescrittivi sui farmaci per Sclerosi Multiple | Cifra economica assegnata dal servizio farmaceutico<br>Presentazione entro il mese di Marzo e determinazione % di prescrittori in aderenza al protocollo<br>Presentazione entro il mese di Marzo e determinazione % di prescrittori in aderenza al pronuario<br>Presentazione protocolli entro Aprile<br>numero prescrittori nel rispetto protocolli/numero totali di prescrittori farmaci per S.M. | 100%                | 95%        | 100%                | 4     |
| F.15<br>Promuovere l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica finalizzata alla sicurezza delle cure e all'efficiente utilizzo delle risorse  | Utilizzo richiesta unica motivata per antibiotioterapia e altre<br>Erogazione 1° ciclo terapia nei pazienti dimessi<br>Prescrittori ausili prescritti secondo le linee guida aziendali<br>Puntuale compilazione e chiusura registri AIFA  | Numero richieste motivate numerichiasse previste<br>Numero dei pazienti che ritirano i farmaci/numero dei dimessi<br>Numero prescrittori nel rispetto delle linee guida/numero le prescrittori ausili prescritti<br>Numero prescrittori con i registri AIFA compilati tempestivamente/numerotali prescrittori con i registri AIFA   | 100%                | 21%        | 90%                 | 2     |
| F.16<br>Utilizzo appropriato biosimilari secondo indicazioni regionali e aziendali, in particolare per i pazienti naive il 100% delle prescrizioni.  | Utilizzo appropriato biosimilari secondo indicazioni regionali e aziendali, in particolare per i pazienti naive il 100% delle prescrizioni.   | Numero prescrittori appropriati/numero totali prescrittori  | 100%                | 90%        | 100%                | 2     |

USL Umbria N° 2  
 Dott. Mauro Zampolini  
 Direttore S.C. di Neurologia  
 e Riabilitazione



**SCHEDA OBIETTIVI**  
**AREA SANITARIA**  
**DIREZIONE AZIENDALE**  
**UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE**  
**DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE**

Responsabile Dr. Mauro Zampolini

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| Qualità | Descrizione dell'obiettivo  | Indicatore  | Valore obiettivo | Valore attuale | Periodo di riferimento | Responsabile        | Importanza |
|---------|---|---|------------------|----------------|------------------------|---------------------|------------|
| FSI     | Monitoraggio e controllo costi nutrizione artificiale evidenziando per trimestre la criticità verso cui approntare azioni correttive monitorando anche la corretta applicazione dei protocolli per la prescrizione dei prodotti per la nutrizione artificiale   | Numero prescrizioni nel rispetto del protocollo/numero totale di prescrizioni di prodotti per nutrizione artificiale  | 100%             | 95%            | entro febbraio 2016    | entro febbraio 2016 | 5          |
| Rsa     | Monitoraggio e controllo con le strutture di laboratorio e le strutture di diagnostica e con altre strutture ospedaliere, dell'appropriatezza prescrittiva da parte delle strutture del Dipartimento attraverso l'effettuazione di incontri specifici, con il supporto della Direzione dell'Ospedale, per analisi e verifiche per :<br>- la valutazione del tasso di prestazioni specialistiche a maggior rischio di inappropriatezza radiologiche e di laboratorio<br>- l'identificazione delle misure di promozione e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva<br>- la determinazione di volumi ottimali di riferimento | Rendicontazione della attività di analisi, monitoraggio e controllo, relazione sugli incontri specifici effettuati e sulla individuazione delle misure di promozione dell'appropriatezza individuate  | 100,00%          |                |                        |                     | 2          |
| FSI     | Promuovere l'appropriatezza prescrittiva di specialistica ambulatoriale anche attraverso le analisi di relazione fra la domanda e l'offerta   | Monitoraggio e controllo dell'appropriatezza prescrittiva da parte dei servizi territoriali e del MMG/P.L.S. in collaborazione con il Distretto e la Direzione Sanitaria dell'Ospedale, attraverso:<br>- la valutazione del tasso di prestazioni specialistiche a maggior rischio di inappropriatezza di ambito del Dipartimento<br>- la promozione e l'effettuazione di incontri specifici per analisi e verifiche con i N.A.P. di riferimento<br>- l'identificazione delle misure di promozione e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di percorsi di presa in carico | 100%             | 95%            | entro febbraio 2016    | entro febbraio 2016 | 2          |

PESO OBIETTIVI QUALITÀ - APPROPRIATEZZA - ANCHE IN VALORE

GRUPPO AZIENDALE AREA SANITARIA - AREA SANITARIA - AREA SANITARIA

**OBIETTIVI**

| Qualità | Descrizione dell'obiettivo  | Indicatore  | Valore obiettivo | Valore attuale | Periodo di riferimento | Responsabile        | Importanza |
|---------|---|---|------------------|----------------|------------------------|---------------------|------------|
| FSI     | Attuazione delle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale della Prevenzione | Mappatura processi e individuazione attività di rischio |                  |                | entro febbraio 2016    | entro febbraio 2016 | 5          |

MAURO ZAMPOLINI  
 RESPONSABILE AREA SANITARIA  
 U.S.L. UMBRIA 2



SCHEDA OBIETTIVI  
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE

Responsabile *Dr. Marco Zampolini*

Anno 2016

**PIANO DEGLI OBIETTIVI**

| Piani Attuali |  | Piani Obiettivi  |  | Pesi                                   |   |
|---------------|--|--|--|--|---|
| C1b           | Conseguimento obiettivi sottoscritti   | Obiettivi conseguibili/obiettivi previsti  | 100%   |  |   |
| C2            | Attuazione delle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale per l'Integrità e la Trasparenza | Publicatione nel sito aziendale sezione "Amministrazione Trasparente" quanto di propria competenza | Numero pubblicazioni effettuate/numero pubblicazioni dovute sul sito aziendale nei termini previsti dal piano biennale | 100%                                   | 5 |
|               |  |  |  | PESO OBIETTIVI PIANI ATTUALI/AZIENDALI |   |
|               |  |  |  | 20                                     |   |
|               |  |  |  | PESO TOTALE                            |   |
|               |  |  |  | 400                                    |   |

NOTA A

E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura, nonché del/i responsabile/i di posizione organizzativa, illustrare e confermare, con tutto il personale aderente 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'incarico 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 individualizzazione dei convocati e le firme dei presenti vanno trasmesse al Controllo di Gestione entro il 30/09/ della 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, ricerca clinica), per consentire la piena attuazione.

NOTA C

I momenti di illustrazione e condivisione vanno verbalizzati

NOTA D

Tale operatività rappresenta obiettivo specifico del Direttore/Responsabile nonché del/i responsabile/i di posizione organizzativa utile ai fini della sua valutazione individuale.

NOTA E

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.

NOTA F

Tutte le schede previste dovranno essere validate per gli item A entro il 28.2.2017 e trasmesse all'Ufficio Relazioni Sindacali e Politiche del Personale entro il 30/09/ dalla sottoscrizione degli obiettivi gestionali.

NOTA G

Tali operatività rappresentano obiettivo specifico del Valutatore utile ai fini della valutazione individuale del valutatore.

NOTA H

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 25 febbraio 2017.

NOTA I

La mancata trasmissione delle relazioni suddette comporta una decurtazione del punteggio finale pari al massimo 2,50% del totale ottenendo.

Sede e Data negoziazione

15 FEB. 2016

Firma Responsabile

Timbro e Firma Direzione

AUSL Umbria N° 2  
Dott. ~~Marco~~ Zampolini  
Direttore S.C. di Neurologia  
Servizio di Neurologia e Riabilitazione  
Ospedale di Foligno