

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

DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

Responsabile Dr.ssa Sonia Biscontini

Anno 2017

		DOTESTIAL PER LA GESTIONE E RENOICO	NTAZIONE DELLE RISORSE E DI EQUILIBRIO E	WALORE	RAN	RANGE	
		AZIONI	INDICATORI	NEGOZIATO	MIN	MAX	
	OBJETTIVI						
AI		Tenuta sotto controllo del budget	Monitoraggio fattori produttivi e rendicontazione al Distretto per la verifica della Spesa	100%			3
	delegata dal Distretto						No.
A	Garantire il corretto utilizzo delle risorse con garanzia della coretta alimentazione della		Controllo del budget operativo trasmesso con cadenza trimestrale e controllo della fornitura di beni e servizi anche rapportandosi con i DEC	100%			
	garanzia della coretta amilientazione contabilità analitica per quanto di pertinenza			1	PESO OBJET	TIVI ECONOMI	CI



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

Responsabile Dr.ssa Sonia Biscontini

Anno 2017

		1		VALORE	tti e dei flussi informativi Range		PESC
	OBJETTIVI	AZIONI	INDICATORI	NEGOZIATO	MIN	MAX	
Bla	Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati con alimentazione dei	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	Trasmissione dei flussi nel rispetto delle modalità, della completezza, della qualità, delle scadenza previste dalle disposizioni nazionali e regionali in aderenza alla procedura aziendale che prevede i seguenti controlli: % modelli STS11 inviati rispetto al numero dei modelli doviuti che rilevano le strutture che erogano assistenza per tossicodipendenti/alcoldipendenti e AIDS	100% (NC = 0)	95%	100%	3
	flussi informativi di governo NSIS e la corretta e completa registrazione dei dati da parte dei Servizi Territoriali nel SW gestionale con alimentazione dei rispettivi flussi	Pieno utilizzo da parte delle strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali del SW mfP e rilevazione dati di pertinenza	Completezza della rilevazione per tutte le strutture/ servizi/ attività al 31.12.2016 nel rispetto delle tenpistiche del fiusso SIND	100%	95%	100%	3
Ble	Bic	Corretta alimentazione dei sistemi gestionali di pertinenza nel rispetto delle indicazioni formative/informative e produzione della reportistica specifica su format definito per tutte le strutture	Trasmissione reportistica richiesta al controllo di gestione su base trimsetrale, su fornat prestabilto, entro 30 giorni dalla chiusura del trimestre	100%	98%	100% SI INFORMATIVI	3

		4	
	- 24		
1.10	111	4	-
UDI	LUI	nbria	4

DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

Responsabile Dr.ssa Sonia Biscontini

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

	BULATORTALI	ESTAZIONI AM	ATTESA PER LE PRI	C: OBJETTIVI DI GOVERNO DELLE LISTE I				
PESO .	IGE	RAN	VALORE					
	MAX	MIN	NEGOZIATO	INDICATORI	AZIONI	<i>QBIETTIVI</i>		
5	100%	80%	100%	Rispetto del Volume di prestazioni complessive per i SERD			C1	Liste di attesa
5	LISTE ATTESA	SO OBIETTIVI	PE				10	

Lai-



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

Responsabile Dr.ssa Sonia Biscontini

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

			D: OBJETTIVI ORGANIZZATIVI				
		AZIONI	INDICATORI	VALORE	RAI	YGE	PESO
	OBIETTIVI	AZIUM	37220,7402	NEGOZIATO	MIN	MAX	
DI	Promuovere la riorganizzazione del servizi di afferenza del Dipartimento in collaborazione con i Distretti al fine di garantire uniformità di	flessibilizzare i servizi in relazione alla	Numero di verbali inviati ai Distretti e alla Direzione Sanitaria /Numero riunioni effettuate	100%			4
D2	Promuovere l'integrazione con il Dipartimento della Salute Mentale per la gestione delle doppie diagnosi	Implementare riunioni interdipartimentali, almeno 1 a trimestre, fra il Dipartimento di Salute Mentale e il Dipartimento delle Dipendenze su: -Percorsi per la gestione delle doppie diagnosi anche in relazione ai nuovi bisogni sia per i pazienti in assistenza territoriale che in assistenza penitenziaria Le riunioni sono obbligatorie e vanno documentate da verbali di riunioni da inviare alle Direzioni dei Distretti	Numero di verbali inviati ai Ditretti /Numero riunioni effettuate	100%			4

the



DIREZIONE AZIENDALE

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

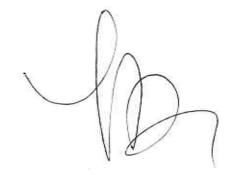
DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

Responsabile Dr.ssa Sonia Biscontini

Anno 2017

D3a	Dedinizione delle dotazioni dei servizi e delle strutture al fine di articolare l'orario di lavoro		Presentazione dell'elaborazione della turnistica di servizio e/o di turnistica unificata entro il 28.2.2017	100%		
D3b	e dei turni di servizio in maniera omogenea rispetto al carico assistenziale e agli orari d attività	Interdistrettuale mediante l'elaborazione di turnistica di servizio e/o di turnistica unificata	Numero turni presentati su base mensile/numero turni previsti dalla proprosta validata	100%		
D4	Garantire la piena attività dei CAF in tutti i Distretti al fine di ridurre l'abitudine al fumo	Attivazione dei Corsi in tutti i CAF con definziione dei percorsi e registrazione al CUP	Attivazione dei nuovi percorsi	100%		
D5	Partecipazione personale SERT alla cartella informatizzata penitenziaria per la parte di loro competenza.	Informatizzare le consulenze SERT secondo cartella regionale.	n° consulenze informatizzate/n° effettuate	100%		
		.1.		PI	SO OBIETTIVI ORGANIZZATIV	1







DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

Responsabile Dr.ssa Sonia Biscontini

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

			1	E: OBJETTIVE DE ATTEVITA	VALORE	RAN	GE	
		OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	NEGOZIATO	MIN	MAX	PESO
	Éla	infettive trasmissibili, la cura delle intossicazioni acute e croniche da sostanze psicotrope, la promozione di stili di vita più	Garantire le corette modalità organizzative	Volumi di attività prestazioni di acceso ai servizi	≥ anno 2015	< 2% anno 2015	≥ anno 2015	3
	E1b		ed erogative per la gestione dell'offerta delle prestazioni cliniche dei servizi	Formulazione dei programmi terapeutici personalizzati condivisi con i soggetti coinvolti	100%			3
	E1c	l'assistenza qualificata nei servizi SERT e Alcologia	Grantire i percorsi di accesso ai servizi per i pazienti non residenti	Definizione e implmentazione delle procedure di riferimento	100%			3
	F.2	Garantire l'assistenza qualificata ai pazienti inseriti nelle strutture residenziali	Identificazione trattamenti residenziali per soggetti affetti da dipendenze specifiche	Inserimento pazienti rispetto alla tipologia di bisogno con identificazione degli inserimenti	100%	90%	100%	3
	E3	Gestione del sistema documentale informatizzato	Coretta verifica diagnosi	N. diagnosi complete/ numero urtenti	100% (rilevazione IV trimestre)			3
ı	E4a	in carico dei pazienti così come redatti lo	Applicazioni procedura accoglienza e presa in carico	N, accoglienza e presa in carico nel rispetto della procedura	100%	90%	100%	3
	E4b		Applicazioni procedura inserimento in comunità terapeutica	N. inserimento in CT nel rispetto della procedura	100%	90%	100%	2

6



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

Responsabile Dr.ssa Sonia Biscontini

Anno 2017

PLANO DEGLI OBIETTIVI

				VALORE	RAI	IGE	PESO
	OBJETTIVI	AZIONI	INDICATORI	NEGOZIATO	MIN	MAX	
424242424	Promuovere la gestione di qualità delle attività delle strutture e dei servizi attraverso	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Qualità e Accreditamento					
FI	Il conseguimento dell' accreditamento/della certificazione o l'avvio delle procedure per il	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	90%	100%	10
	SGQ per assicurare gli standard e i livelli di conformità previsti dalle norme di Accreditamento Istituzionale e dalle norme ISO	Conseguimento obiettivi negoziati					
	Promuovere la cultura del risk management e	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Rischio Clinico	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti		90%	100%	
F2	della gestione del rischio clinico al fine di identificare i potenziali rischi e le risposte adequate perseguendo obiettivi aziendali	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget		100%			5
	strategici ben delineati.	Conseguimento obiettivi negoziati					
	Garantire la gestione appropriata nell'utilizzo dei beni sanitari per le strutture di pertinenza	Strutturazione del programma specifico e dei tetti di spesa per la struttura con il Dipartimento di Assistenza Farmaceutica	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti				
F3	Promuovere il miglioramento delll'appropriatezza prescrittiva ed	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget		100%	90%	100%	10
	autorizzativa	Conseguimento obiettivi negoziati					

Jon.

USLUmbria2

	SCHEDA OBIETTIVI
l ¹	AREA SANITARIA
	DIREZIONE AZIENDALE

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

		Responsabile Dr.s	sa Sonia Biscontini				
		Anno	2017				
	12	PIANO DEGI	LI OBIETTIVI				
		Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Promozione della Salute					
4		Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	90%	100%	5
		Conseguimento obiettivi negoziati					
			PESO OBIETTIVI QUAL	ITA', APPROPRIAT	EZZA, SICUREZ	ZA DLLE CURE	30





DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

Responsabile Dr.ssa Sonia Biscontini

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

			INDICATORI	VALORE	RANGE		PESO
	OBIETTIVI	AZIONI	IRDICATORI	NEGOZIATO	MIN	MAX	
		Mappatura processi e individuazione attività di rischio per la struttura con l'ufficio Prevenzione Corruzione	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti				
G1	Attuazione dellle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2016-2018	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget		100%			5
		Conseguimento obiettivi negoziati					
		Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Responsabile Amministrazione Trasparente	er				
G2	Attuazione dellle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale per l'Integrità e la Trasparenza	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%			5
		Conseguimento obiettivi negoziati					
				PESO OBIETTIVI	PIANI ATTUAT	IVI AZIENDAL	10

Lou:



	A	AREA SANITARIA
	USLUmbria2	DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE
		DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE
		Responsabile Dr.ssa Sonia Biscontini
		Anno 2017
		PIANO DEGLI OBIETTIVI
А	della retribuzione di risultato/produttività collettivi L'illustrazione e condivisione degli obiettivi a tutto Gestione entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obie L'illustrazione e la condivisione va fatta anche per t	il personale della struttura vanno verbalizzate e i verbali redatti con individuazione dei convocati e le firme dei presenti vanno trasmessi al Controllo di ettivi e/o dei piani specifici. cutti gli altri piani, se assegnati alla struttura (qualità e accreditamento, rischio clinico), per consentirne la piena attuazione.
B NOTA C	E' compito del Direttore/Responsabile della Struttu attraverso l'utilizzo dei moduli previsti dalla proced Tutte le schede previste sottoscritte dal valutatore Tutte le schede previste dovranno essere valutate p	Direttore/Responsabile nonchè del/i responsabile/i di posizione organizzativa utile ai fini della sua valutazione individuale. Ira e di tutti gli altri Valutatori presenti nella struttura assegnare gli obiettivi di performance individuali a tutte le risorse umane afferenti la struttura lura (01,02,03,04,05) specificando per gli item A obiettivi specifici se individuati. e dal valutato vanno trasmesse all'Ufficio Relazioni Sindacali e Politiche del Personale entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi gestionali. per gli item A entro il 28.2.2018 e trasmesse all'Ufficio Relazioni Sindacali entro il 10.3.2018. el Valutatore utile ai fini della valutazione individuale del valutatore.
NOTA D	La struttura è tenuta ad inviare le relazioni di anda La mancata trasmissione delle relazioni suddette co	nmento periodico, su base trimestral e entro 30 gg. dalla scadenza del trimestre, utilizzando il modulo specifico, e la relazione finale entro il 28 febbraio 2018. omporta una decurtazione del punteggio finale pari al massimo al 10% del totale ottenuto.
	Sede e Data negoziazio	one Firma Responsabile
	Foligno 13.1.2	017 Timbro e Firma Direzione



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

Responsabile Dr.ssa Sonia Biscontini

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

			INDICATORI	VALORE	RANGE	PESO
	OBIETTIVI	AZIONI		NEGOZIATO	MEN MAX	
Fla	Completamento sviluppo del Sistema Gestione Qualità per l'Accreditamento SERT aziendali	Completamento del SGQ definito e formalizzazione domanda di accreditamento	Redazione delle procedure previste	100%		4
Flb	Partecipazione a indagine qualità percepita		Distribuzione e raccolta del questionario di qualità percepita aziendale	100%		3
FIc	Implementazione procedura catena di custodia degli esami tossicologici a valenza medico legale	Corretta applicazione della procedura definita	Aderenza alla procedura recepita a livello aziendale	100%		3
	medico legale				PESO OBIETTIVI F1	

Sede e Data negoziazione Firma Responsabile
Foligno 13.1.2017 Timbro e Firma Direzione



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

Responsabile Dr.ssa Sonia Biscontini

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

				VALORE	RAI	IGE	PESO.
	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	NEGOZIATO	MIN	MAX	
F2a	Consolidamento del sistema locale di incident reporting: sensibilizzazione alla	Riunione dipartimentale sull'argomento incident reporting	Riunione documentata (verbale + foglio firma)	Entro aprile 2017			3
F2b	segnalazione degli eventi avversi e degli eventi evitati, superamento delle barriere alla segnalazione	Applicazione della PG Gestione degli eventi avversi ed incident reporting nelle strutture afferenti	N° schede Segnalazione di eventi avversi o quasi eventi compilate e trasmesse al servizio GRC /anno	Entro dicembre 2017			2

Sede e Data negoziazione Firma Responsabile

Foligno 13.1.2017 Timbro e Firma Direzione





DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

Responsabile Dr.ssa Sonia Biscontini

Anno 2017

OBJETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RANGE		PESO
		INDICATOR1	NEGOZIATO	MIN	MAX	PESL
	Rispetto tetto di budget	Valore economico	501.047,39	516.543,70	501.047,39	2
	Predisposizione protocolli prescrizione farmaci per HIV di intesa con Az. Osp. di Terni (gruppo inetraziendale)	Presentazione protocolli entro Marzo/ Aprile	100% di quelli previsti	90%	100%	1
Promuovere l'appropriatezza prescrittiva	Applicazione protocolli prescrittivi per i farmaci HIV	Numero prescrizioni farmaci nel rispetto del protocollo farmaci HIV/totale numero prescrizioni farmaci HIV	100%	90%	100%	-1
cure e all'efficiente utilizzo delle risorse	Erogazione 1° ciclo terapia nei pazienti dimessi	Numero dei pazienti che ritirano i farmaci /numero dei dimessi	≥1%	90%	100%	2
	Alimentazione dei dati mobilità attiva farmaceutica nella procedura informatica "FILE F"	Numero farmaci inseriti nella procedura " FILE F"/ numero farmaci erogati a pazienti tracciabili	100%	90%	100%	2
	Promozione di incontri con il DAF per l'appropriatezza prescrittiva con analisi dei dati di spesa e di prescrizione.	Numero di incontri/anno	almeno 2 incontri anno			2
	\mathcal{M}	1		PESO	OBIETTIVI F3	10
Sede e Data negoziazione	e Firma Responsabile	1				
f	armaceutica finalizzata alla sicurezze delle cure e all'efficiente utilizzo delle risorse Sede e Data negoziazione	per HIV di intesa con Az. Osp. di Terni (gruppo inetraziendale) Applicazione protocolli prescrittivi per i farmaci HIV Erogazione 1° ciclo terapia nei pazienti dimessi Alimentazione dei dati mobilità attiva farmaceutica nella procedura informatica "FILE F" Promozione di incontri con il DAF per l'appropriatezza prescrittiva con analisi dei	Promuovere l'appropriatezza prescrittiva armaceutica finalizzata alla sicurezze delle cure e all'efficiente utilizzo delle risorse Erogazione 1º ciclo terapia nei pazienti dimessi Alimentazione dei dati mobilità attiva farmaceutica nella procedura informatica "FILE F" Promozione di incontri con il DAF per l'appropriatezza prescrittiva con analisi dei dati di spesa e di prescrizione. (gruppo inetraziendale) Applicazione protocolli prescrittivi per i farmaci protocollo farmaci nel rispetto del protocollo farmaci HIV/totale numero prescrizioni farmaci HIV/totale numero prescrizioni farmaci HIV/totale numero dei pazienti che ritirano i farmaci /numero dei dimessi Numero dei pazienti nella procedura "FILE F"/ numero farmaci inseriti nella procedura "FILE F"/ numero farmaci erogati a pazienti tracciabili Numero di incontri/anno Sede e Data negoziazione Firma Responsabile	Promuovere l'appropriatezza prescrittiva armaceutica finalizzata alla sicurezze delle cure e all'efficiente utilizzo delle risorse Promozione dei dati mobilità attiva farmaceutica nella procedura informatica "FILE F" Promozione di incontri con il DAF per l'appropriatezza prescrittiva con analisi dei dati di spesa e di prescrizione. Presentazione protocolli entro Marzo/ Aprile previsti Numero prescrizioni farmaci nel rispetto del protocollo farmaci HIV/totale numero prescrizioni farmaci HIV/totale numero prescrizioni farmaci HIV/totale numero prescrizioni farmaci HIV/totale numero dei numero dei protocollo farmaci HIV/totale numero prescrizioni farmaci HIV/totale numero prescrizioni farmaci HIV/totale numero prescrizioni farmaci HIV/totale numero dei numero dei numero dei dati di spesa in prescrizioni farmaci HIV/totale numero prescriz	Promuovere l'appropriatezza prescrittiva armaceutica finalizzata alla sicurezze delle cure e all'efficiente utilizzo delle risorse Promovere l'appropriatezza prescrittiva armaceutica finalizzata alla sicurezze delle cure e all'efficiente utilizzo delle risorse Promovere l'appropriatezza prescrittiva armaceutica finalizzata alla sicurezze delle cure e all'efficiente utilizzo delle risorse Progazione 1° ciclo terapia nei pazienti dimessi Alimentazione dei dati mobilità attiva farmaceutica nella procedura informatica "FILE F" numero farmaci erogati a pazienti tracciabili Numero di incontri con il DAF per l'appropriatezza prescrittiva con analisi dei dati di spesa e di prescrizione. Presentazione protocolli entro Marzo/ Aprile previsti Numero prescrizioni farmaci nel rispetto del protocollo farmaci rescrizioni farmaci nella protocollo farmaci prescrizioni farmaci prescrizioni farmaci prescrizione in formaci nella procedura "FILE F"/ numero farmaci erogati a pazienti tracciabili Numero di incontri/anno almeno 2 incontri anno PESO Sede e Data negoziazione Firma Responsabile	Promuovere l'appropriatezza prescrittiva armaceutica finalizzata alla sicurezze delle cure e all'efficiente utilizzo delle risorse Promozione di incontri con il DAF per l'appropriatezza prescrittiva con analisi dei dati di spesa e di prescrizione. Presentazione protocolli entro Marzo/ Aprile previsti 90% 100% Numero prescrizioni farmaci nel rispetto del protocollo farmaci HIV/totale numero protocollo farmaci HIV/totale numero prescrizioni farmaci HIV Progazione 1º ciclo terapia nei pazienti dimessi Numero dei pazienti che ritirano i farmaci //numero dei dimessi 21% 90% 100% Numero dei pazienti che ritirano i farmaci //numero dei dimessi 100% 90% 100% Numero farmaci inseriti nella procedura "FILE F" numero farmaci erogati a pazienti tracciabili 100% 90% 100% Preso OBIETTIVI F3 Sede e Data negoziazione Firma Responsabile



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

Responsabile Dr.ssa Sonia Biscontini

Anno 2017

				F. OBJETTIVE F4 PROMOZIONE SALUTE				
					VALORE	RAN	GE .	PESO.
		OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	NEGOZIATO	MIN	MAX	PESO
delle Cure		Realizzazione obiettivi PRP per i progetti con le scuole di ogni ordine e grado (Programma 3 Impariamo a resistere progetti 3.1 - 3.2 - 3.5	Quelle previste dal PRP	Previsti dal PRP - protocolli, insegnanti formati, attività.	70%	60,00%	90%	3
lel)	F4b	Miglioriamo la salute dei bambini umbri	Incontri genitori/psicologi	incontri programnmati/incontri effettuati	70%	60,00%	90%	2
			. 1/			PESC	OBIETTIVI F4	-5
		Sede e Data negoziazione	Firma Responsabile					
		Foligno 13.1.2017	Timbro e Firma Direzione	STALES.				



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

Responsabile Dr.ssa Sonia Biscontini

Anno 2017

				PIANO DEGLI OBIETTIV	4		
				G: OBJETTIVI GI PREVENZIONE CORRUZION	re .		
					VALORE	RANGE	
		OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	NEGOZIATO	MIN M	AX L
Attuativi	G1a G1b	Prevenire fenomeni corruttivi	Attuazione e Rispetto delle misure di prevenzione previste nella mappature dei processi di cui al PTPCT in vigenza (vedi colonna intitolata misure di sicurezza associate)	Si rinvia all'indicatore di cui alla mappatura dei processi (vedi colonna intitolata indicatore)	100%		3
LIBILI	G1b		Formazione specifica	Partecipazione a corsi di formazione in materia di prevenzione della corruzione	100%		2
			· /A			PESO OBIET	TIVI GI 5
		Sede e Data negoziazione	Firma Responsabile	1-5			
		Foligno 13.1.201	Timbro e Firma Direzione	Tie			



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

Responsabile Dr.ssa Sonia Biscontini

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

					PESO
OBIETTIVI	AZIONI	ONI INDICATORI A	NEGOZIATO	MEN /	MAX PESU
	Invio alle scadenze previste dei dati, documenti, informazioni da pubblicare	Soddisfacimento % di adempimenti.	100%		2
			100%		4
ggiornamento nomine incaricati del rattamento dei dati ex D.L.gs. 196/03	Redazione lettere incaricati	% nomine effettuate tempestivamente e relativo report (elenco nomi) da inviare al Servizio competente	100%		2
	IN			PESO OBIE	TTIVI G2 5
200	al Piano triennale prevenzione della pruzione e Trasparenza dell'ASL Umbria 2 - ennio 2017/2019 ggiornamento nomine incaricati del attamento dei dati ex D.L.gs. 196/03	Invio alle scadenze previste dei dati, documenti, informazioni da pubblicare ennio 2017/2019 Invio alle scadenze previste dei dati, documenti, informazioni da pubblicare ennio 2017/2019 Redazione lettere incaricati	Intuale adempimento di quanto previsto al Piano triennale prevenzione della prevenzione e Trasparenza dell'ASL Umbria 2 - documenti, informazioni da pubblicare rennio 2017/2019 Reportistica annuale sugli adempimenti eseguiti ggiornamento nomine incaricati del attamento dei dati ex D.L.gs. 196/03 Redazione lettere incaricati Redazione lettere incaricati Servizio competente	Intuale adempimento di quanto previsto al Piano triennale prevenzione della pruzione e Trasparenza dell'ASL Umbria 2 - dennio 2017/2019 Invio alle scadenze previste dei dati, documenti, informazioni da pubblicare Reportistica annuale sugli adempimenti eseguiti 100% Redazione lettere incaricati Redazione lettere incaricati Servizio competente 100%	Invio alle scadenze previste dei dati, documenti, informazioni da pubblicare Invio alle scadenze previste dei dati, documenti, informazioni da pubblicare Reportistica annuale sugli adempimenti eseguiti Reportistica annuale sugli adempimenti eseguiti Nomine effettuate tempestivamente e relativo report (elenco nomi) da inviare al Servizio competente PESO OBIE

Foligno 13.1.2017 Timbro e Firma Direzione



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 2017

		A: OBJETTIVI PER LA GESTIONE E RENDICON		VALORE	RAN	GE	PESO
	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	NEGOZIATO	MIN	MAX	
Al	Gestione Risorse assegnate in forma delegata dal Distretto	Tenula sotio controllo del budget	Monitoraggio fattori produttivi e rendicontazione al Distretto per la verifica della Spesa	100%			3
Α2	Garantire il corretto utilizzo delle risorse con garanzia della coretta alimentazione della contabilità analitica per quanto di perlinenza		Controllo del budget operativo trasmesso con cadenza trimestrale e controllo della fornitura di beni e servizi anche rapportandosi con i DEC	100%			2





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 2017

			B: OBJETTIVI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA	a qualita dei l	ati e dei flugg	I INFORMATIVI	
			INDIGATORI	VALORE	RAI	IGE	PE50
	OBJETTIVI	AZIONI	HADSTANDET	NEGOZIATO	MIN	MAX	
Blu		Chiusura SDO entro 15 gg. dalla dimissione	SDO chiuse/Totale dimessi	98%	98%	100%	1
Bib	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	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% B) 2,5% Dicembre 2016			Ħ
B1c		Controllo sistematico caistica 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%	98%	100%	1
Bld		Pieno uifizzo cartella clinica informatizzata	Uttilizzo fogli altivi 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%			ă





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 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

		Correlta tenula dei flussi di governo (STS,	Trasmissione dei flussi nel rispetto delle modalità, della completezza, della qualità,				
B2a	Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati con alimentazione dei flussi informativi di governo NSIS e la	FLS) nel rispetto della procedura aziendale di riferimento, altraverso la puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati per la copertura quantiativa e qalitativa dei dati con soddisfazione del debito informativo NSIS	delle scadenza previste dalle disposizioni nazionali e regionali in aderenza alla procedura aziendale che prevede i seguenti controlli: % modelli STS24 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza psichiatrica	100% (NC = 0)	98%	100%	2
B2b	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 per la Salute Mentale	Alimentazione del sistema Atl@nte (puntuale, tempestiva, perlinente e corretta registrazione dei dati) per il flusso SISM	Completezza della rilevazione entro il 31.01.2017 di: % di utenti senza errori di informazioni angarafiche % di utenti senza errori di anagrafiche di servziio % di utenti son valutazione completata entro 180 gg. % di congruità del quadro F del STS 24 con il flusso SISM -semiresidenzialità % di congruità del quadtro G del STS 24 con il flusso SISM- residenzialità	100%	98%	100%	4
B3s	Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati con alimentazione dei	Corretta tenuta dei flussi di governo (STS, FLS) nel rispetto della procedura aziendale di riferimento, attraverso la puntuale, tempestiva, perlinente e corretta registrazione dei dati per la copertura quantiativa e qalitativa dei dati con soddisfazione del debito informativo NSIS	Trasmissione dei flussi nel rispetto delle modalità, della completezza, della qualità, delle scadenza previste dalle disposizioni nazionali e regionali in aderenza alla procedura aziendale che prevede i seguenti controlli: % modelli STS24 inviati rispetto al numero dei modelli STS.11 che rilevano le strutture che erogano assistenza Età evolutiva e NPI	100% (NC = 0)	98%	100%	2
В3ь	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 per la Neuropsichiatria Infantile, Neuropsicologia clinica nei Servizi ell'età evolutiva	Alimentazione del sistema Atl@nte (puntuale, lempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati) per il flusso SEE	Completezza della rilevazione entro il 31.01.2017 di: % di utenti senza errori di informazioni angarafiche % di utenti senza errori di anagrafiche di servzilio % di utenti con valutazione completata entro 180 gg. % di congruità del quadro F del STS 24 con il flusso SEE -semiresidenzialità % di congruità del quadtro G del STS 24 con il flusso SEE-residenzialità	100%	98%	100%	4





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 2017

			C: OBJETTIVI DI GOVERNO DELLE LISTE DI	ATTESA PER LE P	RESTAZIONI AMI	BULAFORIALI	
				ORI VALORE RANGE		IGE	PESO
	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	NEGOZIATO	MIN	MAX	
	Garantire le corrette modalità organizzative ed erogative per la gestione dell'offerta delle prestazioni	Definizione volumi di attività prime vsite e prestazioni successive	Rispetto del Volume di prestazioni complessive per i CSM e i SEE	100%	80%	100%	4
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 eletronico 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 OBIETTIV	LISTE ATTES	5





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 2017

			INDICATORI	VALORE	RANGE		PESO
	OBJETTIVI	AZZONI	MUZCATORI	NEGOZIATO	MIN	MAX	
Di			Numero di verbali inviati ai Distretti e alla Direzione Sanitaria /Numero riunioni effettuate	100%			3
D2	Promuovere l'integrazione con il Dipartimento delle Dipendenze per la gestione delle dopple diagnosi e per l'elaborazione di un Piano congiunto per la gestione del disagio giovanile	Implementare riunioni interdipartimentali, almeno 1 a trimestre, fra il Dipartimento di Salute Mentale e il Dipartimento delle Dipendenze su: -Percorsi per la gestione delle doppie diagnosi anche in relazione ai nuovi bisogni sia per i pazienti in assistenza territoriale che in assistenza penitenziaria - Elaborazione di un Piano congiunto per la gestione del disagio giovanile Le riunioni sono obbligatorie e vanno documentate da verbali di riunioni da inviare alla Direzione dei Distretti	Numero di verbali inviati ai Ditretti /Numero riunioni effettuate	100%			3







DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Responsabile Dr.ssa Antonia Tamantini

			And	go 2017		THE RESIDENCE	
			PIANO DE	GLI OBIETTIVI			
O	D3a	Riorganizzazione del servizio di	Elaborazione di un piano attuativo con distribuzione e qualificazione delle competenze sul territorio aziendale	Presentazione bozza proposta entro 31.3.2017	100%		2
	D3b	Neuropsichiatria Infantile su base aziendale	Applicazione del un Piano per la continuità assistenziale dalla psicopatologia infantile all'area adulta	Presentazione bozza proposta entro 31.3.2017	100%		2
/	D4	Garantire la presenza specialista psichiatra in carcere in relazione alle attività necessarie (di norma 18 ore alla settimana).	Implementare le consulenze psichiatriche in carcere secondo le richieste dei medici di assistenza primaria con incremento delle attività svolte	N.consulenze effettuale /n.consulenze richieste dai medici di assistenza primaria	> 90%		2
	D5	Garantire la presa in carico degli utenti della salute mentale ex-OPG/REMS/Misure alternative alla detenzione.	Elaborazione piani assistenziali, residenziali o domiciliari, per gli utenti in carico autori di reato in accordo con il Distretto	Presa in carico di tutti gli utenti interessati	100%		2
	D6	Partecipazione personale DSM alla cartella informatizzata penitenziaria per la parte di loro competenza.	Informatizzare le consulenze DSM secondo cartella regionale.	n° consulenze informatizzate/n° effettuate	100%		2
	D7a	rispetto di carico desistenziale e agii e a	Definzione degli orari dei servizi anche attraverso l'elaborazione di proposte di aggregazione di servizi su base distrettuale o interdistrettuale mediante l'elaborazione di turnistica di servizio e/o di turnistica unificata	Presentazione dell'elaborazione della turnistica di servizio e/o di turnistica unificata entro il 28.2.2017	100%		3
	D7b			Numero turni presentati su base mensile/numero turni previsti dalla proprosta validata	100%		3



22

PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI



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 2017

		AZIONI	INDICATORI	VALORE	RAH	GE	PE
	OBIETTIVI	AZIUNI	INDICATORS	NEGOZIATO	MIN	MAX	
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	650	600	650	1
E2a	Raggiungimento degli obiettivi (Patto per la		C14.2 - Percentuale ricoveri in dh medico con finalità diagnostica	< 18,00	20,0%	< 18,00	11
E2b	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 - Appropriatezza Medica	C14.3 - Percentuale ricoveri ordinari medici brevi	< 15,00	17,0%	< 15,00	3
E2c		- C 14 - Appropriatezza wedica	C14.4 Percentuale ricoveri medici oltresoglia >= 65 anni	< 2,5	2,8%	< 2,5	1
E3u		Valutazione dimissione volontarie dai reparti	D18 % dimissioni volontarie	< 0,5	1,0%	< 0,5	3
ЕЗЬ		Controllo approrpialezza durata ricoveri ordinari	Degenza media ricoveri medici ordinari	< 14 gg.	16 gg.	< 14 gg.	35
E4a		Garantire le corrette modalità organizzative ed	Volumi di attività prestazioni di acceso ai servizi	≥ anno 2016	< 2% anno 2016	≥ anno 2016	3
E4b	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	erogative per la gestione dell'offerla delle prestazioni cliniche dei servizi	Aderenza agli iter di presa in carico per la diversa tipologia di pazienti che accedono ai servizi	100%			3
		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) Rispetto dei tempi di attesa per la conclusione del percorso valutativo Rispetto dei tempi di attesa per la conclusione del percorso terapeutico	90%	80%	100%	3







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 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

E5a	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 corette modalità organizzative ed erogative per la gestione dell'offerla delle	Volumi di attività prestazioni di acceso ai servizi	≥ anno 2016	< 2% anno 2016	≥ anno 2016	2
E5b		prestazioni cliniche dei servizi Adi diventa	Aderenza agli iter di presa in carico per la diversa tipologia di pazienti che accedono ai servizi	100%			2
E5c			Rispetto dei tempi di attesa per le visite di primo accesso (30 gg) Rispetto dei tempi di attesa per la conclusione del percorso valutativo Rispetto dei tempi di attesa per la conclusione del percorso terapeutico	90%	80%	100%	2

tui V



DIREZIONE AZIENDALE

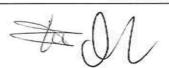
UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Responsabile Dr.ssa Antonia Tamantini

Anno 2017

				VALORE	RA	NGE	PESO	
	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	NEGOZIATO	MAN MAX		100	
		Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Qualità e Accreditamento						
Fi	Promuovere la gestione di qualità delle attività delle strutture e dei servizi attraverso il conseguimento dell' accreditamento/della	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget			90%		00% 10	
	certificazione o l'avvio delle procedure per il SGQ per assicurare gli standard e i livelli di conformità previsti dalle norme di Accreditamento istituzionale e dalle norme ISO	Conseguimento obiettivi negoziati	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%		100%		
	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 azlendali	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Rischio Clinico		100%	90%	100%	3	
F2		Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti					
	strategici ben delineati.	Conseguimento obiettivi negoziati						
	Garantire la gestione appropriata nell'utilizzo	Strutturazione del programma specifico e dei tetti di spesa per la struttura con il Dipartimento di Assistenza Farmaceutica					10	
F3	dei beni sanitari per le strutture di pertinenza Promuovere il miglioramento delll'appropriatezza prescrittiva ed autorizzativa	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	90%	100%		
		Conseguimento obiettivi negoziati						
	<u></u>	L.	PESO OBIETTIVI QUALI	TA' APPROPRIA	TEZZA SICURES	ZA DILE CURE	23	



PESO

5

10

100

PESO OBIETTIVI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI

PESO TOTALE

	26.		SCHEDA OBIETTI AREA SANITARIA				
	USLUmbria2	UFFICIO DI PIANO - CON	DIREZIONE AZIEND ITROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' AN	ALE ALITICA E RENDIO	CONTAZIONE DAT	II DI GESTIONE	
		DIPARTIMENTO I	DI SALUTE MENTALE				
		Responsabile Dr.	ssa Antonia Tamantini				
		Ann	10 2017				
			GLI OBIETTIVI		menter and a series		-0-040
			GI OBJETTIVI PER LA REALIZZAZIONE DE	PIANI ATTUATIVI	Company of the Compan		
	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RAN MIN	VGE MAX	
		Mappatura processi e individuazione attività di rischio per la struttura con l'ufficio Prevenzione Corruzione					
	Attuazione delle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2016-2018	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%			
Attuntivi		Conseguimento obiettivi negoziati					
Piani Att		Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Responsabile Amministrazione Trasparente					
	Attuazione delle misure previste per la G2 propria struttura dal Piano Triennale per	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla	Obietlivi conseguiti/obietlivi previsti	100%			

scheda di budget

Conseguimento obiettivi negoziati

ta OV

l'Integrità e la Trasparenza



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 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

400	Third bear and the
NOTA A	E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura, nonchè del/i responsabile/i di posizione organizzativa illustrare e condividere, con tutto il personale afferente la struttura, gli obiettivi gestionali assegnati. L'assolvimento degli obblighi di legge in merito a prevenzione della corruzione, trasparenza ed integrità in capo ai Responsabili di struttura (dirigenti e titolari P.O.) costituisce condizione di accesso all'istituto della retribuzione di risultato/produttività collettiva per detti soggetti. L'illustrazione e condivisione degli obiettivi a tutto il personale della struttura vanno verbalizzate e i verbali redatti con individuazione dei convocati e le firme dei presenti vanno trasmessi al Controllo di Gestione entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi e/o dei piani specifici.
NOTA B	L'illustrazione e la condivisione va fatta anche per tutti gli altri piani, se assegnati alla struttura (qualità e accreditamento, rischio clinico), per consentime la piena attuazione. I momenti di illustrazione e condivisione vanno verbalizzati Tale operatività rappresenta obiettivo specifico del Direttore/Responsabile nonchè del/i responsabile/i di posizione organizzativa utile ai fini della sua valutazione individuale.
NOTA	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.

NO.	20 delle code delle co
NOTA	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 2018.
1 1 2 1 1 1 1	
D	La mancata trasmissione delle relazioni suddette comporta una decurtazione dei punteggio finale pari al massimo al 16% del totale ottenuto.
	177.00000000000000000000000000000000000

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.

Sede e Data negoziazione Firma Responsabile

Foligno 16.1.2017 Timbro e Firma Direzione

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

Tutte le schede previste dovranno essere valutate per gli item A entro il 28.2.2018 e trasmesse all'Ufficio Relazioni Sindacali entro il 10.3.2018.



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 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

			INDICATORI	VALORE	RANGE		PESO
	OBIETTIVI	AZIONI INDICATORI		NEGOZIATO	MIN	MAX	
Fla	Completamento sviluppo del sistema gestione qualità per l'accreditamento del servizio di riabilitazione psichiatrica	Completamento del SGQ definito e formalizzazione domanda di accreditamento	Redazione delle procedure previste	100%			2
F1b	Completamento PDTA disturbi del linguaggio -area neuropsichiatria infantile	Costituzione gruppo di lavoro aziendale 2) Analisi e contestualizzazione a livello aziendale del PDTA regionale 3) Implementazione	Redazione delle procedure previste	100%			2
Fle	Completamento PDTA disturbi del comportamento -area neuropsichiatria infantile	Costituzione gruppo di lavoro aziendale 2) Analisi e contestualizzazione a livello aziendale del PDTA regionale 3) Implementazione	Redazione delle procedure previste	100%			2
Fld	Mantenimento certificazione e accreditamento SPDC Foligno e Terni	Corretta applicazione SGQ definito	Superamento verifica	100%			2
Fle	Partecipazione a indagine qualità percepita	Collaborare nella distribuzione e raccolta del questionario di qualità percepita aziendale	Distribuzione e raccolta del questionario di qualità percepita aziendale	100%			2

Sede e Data negoziazione Firma Responsabile

Foligno 16.1.2017 Timbro e Firma Direzione



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 2017

			F. OBJETTIVI F2 RISCHIO CLINICO			
		AZIONI	INDICATORI	VALORE	RANGE	PESO
	OBIETTIVI	AZIONI		NEGOZIATO	MIN MAX	
Cure	Consolidamento del sistema locale di incident reporting: sensibilizzazione alla	Riunione dipartimentale sull'argomento incident reporting	Riunione documentata (verbale + foglio firma)	Entro aprile 2017		2
Cure	segnalazione degli eventi avversi e degli eventi evitati, superamento delle barriere alla segnalazione	Applicazione della PG Gestione degli eventi avversi ed incident reporting nelle strutture afferenti	N° schede Segnalazione di eventi avversi o quasi eventi compilate e trasmesse al servizio GRC/anno	Entro dicembre 2017		ij
		ALO.			PESO OBIETTIVI F2	3
	Sede e Data negoziazione	Firma Responsabile	WWW.			
	Foligno 16.1.201	Timbro e Firma Direzione	2			



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 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

			***********	VALORE	RANGE		PESO
	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	NEGOZIATO	MIN	MAX	
F3a		Rispetto tetto di budget	Valore economico	1.271.929,93	1,311,267,97	1.271.929,93	2
F3b		Erogazione 1° ciclo terapia nei pazienti dimessi	Numero dei pazienti che ritirano i farmaci /numero dei dimessi	≥1%	90%	100%	10
F3c	Promuovere l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica finalizzata alla sicurezze delle cure e all'efficiente utilizzo delle risorse Migliorare la compliance dell'assistenza farmaceutica	Ridurre il consumo di inibitori della ricapatazione della serotonina (antidepressivi)	Allineamento al valore di riferimento dell'indicatore MES C9.4 C9.4 Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Antidepressivi)	≤22	< 30	<u><22</u>	1
F3d		Promuovere le attività per evitare l'abbandono delle terapie da parte dei pazienti	C9.9.1.1= % di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	< 23,50	< 24,5	< 23,50	11
F3e		Allineamento ai valori di riferimento per il consumo di farmaci oppioidi	Allineamento al valore di riferimento dell'indicatore MES B4 B4.1.1 Consumo territoriale di farmaci oppioidi	> 2,90	> 2,50	> 2,90	1
F3f		Alimentazione dei dati mobilità attiva farmaceutica nella procedura informatica "FILE F"	Numero farmaci inseriti nella procedura " FILE F"/ numero farmaci erogati a pazienti tracciabili	100%	90%	100%	2
F3g		Promozione di incontri con il DAF per l'appropriatezza prescrittiva con analisi dei dati di spesa e di prescrizione.	Numero di incontri/anno	almeno 2 incontri anno			2
			\cap 1,		PESC	OBIETTIVI F3	10

Foligno 16.1.2017 Timbro e Firma Direzione

				SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		USLUmbria2	UFFICIO DI PIANO - CON	DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
			DIPARTIMENTO	DI SALUTE MENTALE					
			Responsabile Dr	ssa Antonia Tamantini					
	T.E.		An	no 2017	l inde				
				PIANO DEGLI OBIETTIV	<u>I</u>				
				G: OBIETTIVI GI PREVENZIONE CORRUZION	Œ				
		OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RANGE	PESO		
		OBJETTIVI			NEGOZIATO	MIN MAX			
Figura Attundays	Gla	– Prevenire fenomeni corruttivi	Attuazione e Rispetto delle misure di prevenzione previste nella mappature dei processi di cui al PTPCT in vigenza (vedi colonna intitolata misure di sicurezza associate)	Si rinvia all'indicatore di cui alla mappatura dei processi (vedi colonna intitolata indicatore)	100%		3		
	G1b		Formazione specifica	Partecipazione a corsi di formazione in materia di prevenzione della corruzione	100%		2		
			Λ.	11		PESO OBIETTIVI GI	5		

Sede e Data negoziazione Firma Responsabile
Foligno 16.1.2017 Timbro e Firma Direzione



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 2017

				G: OBJETTIVI GZ TRASPARENZA				
				INDICATORI	VALORE	RANGE		PESO
		OBIETTIVI	AZIONI		NEGOZIATO	MIN	MAX	
	G2a	Puntuale adempimento di quanto previsto dal Piano triennale prevenzione della corruzione e Trasparenza dell'ASL Umbria 2 - triennio 2017/2019	Invio alle scadenze previste dei dati, documenti, informazioni da pubblicare	Soddisfacimento % di adempimenti.	100%			2
Plani Artuativi	G2b			Reportistica annuale sugli adempimenti eseguiti	100%			1
	G2c	Aggiornamento nomine incaricati del trattamento dei dati ex D.L.gs. 196/03	Redazione lettere incaricati	% nomine effettuate tempestivamente e relativo report (elenco nomi) da inviare al Servizio competente	100%			2
			Λ.			PESO OB	IETTIVI G2	5
		Sede e Data negoziazione	Firma Responsabile	DULL				
		Foligno 16.1.2017	Timbro e Firma Direzione	Tal				



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA

Responsabile Dr. Carlo Farneti

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

			A: OBJETTIVI PER LA GESTIONE E RENDICO	NTAZIONE DELLE RISORSE E DI EQUILIBRIO	ECONOMICO				
				FARDCATORS	AZIONI INDICATORI .	VALORE	VALORE	RANGE	PESO .
		OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	NEGOZIATO	MEN MAX			
Contabilità Generale e Analitica	Al	Garantire il corretto utilizzo delle risorse con garanzia della coretta alimentazione della contabilità analitica per quanto di pertinenza	Corretta alimentazione contabilità analitica nei	Controllo del budget operativo trasmesso con cadenza trimestrale e controllo della fornitura di beni e servizi anche rapportandosi con i DEC	100%		2		
		1		·		PESO OBIETTIVI ECONOMICI	2		

DISTRICT OF ARMETI
DISTRICT OF ARMETI
DISTRICT OF ARMATOLOGIA
OUTGOTO OF ARMATOLOGIA



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA

Responsabile Dr. Carlo Farneti

Anno 2017

OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
		OBTETTIVI				MIN	MAX	
	Bla	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	Chiusura SDO entro 15 gg. dalla dimissione	SDO chiuse/Totale dimessi	98%	98%	100%	2
	Віь		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% B) 2,5% Dicembre 2016			2
	-		Controllo sistematico caistica DRG potenzialmente inappropriati in collaborazione con la Direzione Sanitaria dell'Ospedale	Effettuazione controlli sul 100% delle cardelle cliniche inviate al controllo e che risultano attribuibili a DRG potenzialmente inappropriati con riduzione del 10% dei DRG LEA potenzialmente inappropriati rispetto al 2016 o in linea con le percentuali definite a livello regionale	100%	98%	100%	3
	Bid		Pieno uilizzo cartella clinica informatizzata	Uttilizzo 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
					DESC ORI	ETTIVI ELUSS	I INFORMATIVI	9





DIREZIONE AZIENDALE

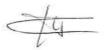
UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE

DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA

Responsabile Dr. Carlo Farneti

Anno 2017

				VALORE	RANGE		PESO
ORIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	NEGOZIATO	MEN	MAX	
a	Migliorare e qualificare le modalità organizzative ed erogative nella gestione dell'offerta delle prestazioni ambulatoriali per garantire: - 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 in aderenza alla DGR 498/2016 e della Delibera del Direttore Generale 664/2016	Definizione volumi di attività prestazioni ambulatoriali	Rispetto dei volumi di attività offerti a CUP per le prestazioni istituzionali (comprese quelle domiciliari laddove previsto). Tale tetto determina anche il volume massimo di prestazioni ALPI per la struttura che deve essere inferiore.	140.000	135.000	140.000	2
CI		Monitoraggio erogazione delle prestazioni	Percentuale di prestazioni prenotate sul totale delle prestazioni erogate al netto delle prestazioni per cui è prevista l'accettazione	85%	80%	100%	1
C		Monitoraggio tempi di attesa delle prestazioni RAO e delle prestazioni non RAO	% di prestazioni erogate nei tempi previsti per i RAO (RAO U=3gg; B= 10gg, D=30/60gg; P=360 gg) e per i non RAO (30 gg)	90%	85%	100%	2
CI		Validazione dell'erogato nei servizi con monitoraggio della concordanza RAO, per le prestazioni che lo prevedono, nel rispetto della procedura aziendale	% di validazione dell'erogato e della rilevazione della concordanza RAO per le prestazioni che lo prevedono	100% (NC = 0)	95%	100%	2
c		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
C	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/PLS	N. richieste prestazioni dematerializzate / N. richieste totale	100%	80%	100%	2







DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA

Responsabile Dr. Carlo Farneti

Anno 2017

		227017	THOUGHTON!	VALORE	RANGE		PESO
	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	NEGOZIATO	MIN	MAX	
DI	212/2016) e alla programmazione aziendale (Delibera del Direttore Generale) per:	Sviluppo e realizzazione delle attività di riorganizzazione dell'offerta ospedalera del Diapritimento previste nella Delibera del Direttore Generale	Rispetto degli impegni del cronoprogramma	100%			2
D2	Promuovere l'ottimizzazione di utilizzo nella gestione dell'OBI al fine di ridurre le inappropriatezze del ricoveri ordinari in aderenza alla DGR 389/2016 e dalla Delibera del Direttore Generale n. 675/2016.	Piena attivazione dei posti letto tecnici di OBI specialistica come disegnati in Delibera	N. posti letti tecnici attivati/ n. posti letti previsti	100%			2
D3	Promuovere la riorganizzazione dei servizi di afferenza del Dipartimento in collaborazione con i Presidi Ospedalier al fine di garantire uniformità di accesso ai servizi nelle diverse strutture dipartimentali	Implementare riunioni dipartimentali con la partecipazione attiva dei Direttori di Presidio , almeno 1 a trimestre su: -Discussione di procedure e protocolli aziendali - Semplificazione/integrazione organizzativa dei servizi gestiti volte a ridurre le UU.OO., semplificare il percorso del paziente, flessibilizzare i servizi in relazione alla domanda, ridurre il personale necessario o quantomeno contenere le richieste di sostituzione nei limiti imposti dalla normativa vigente utilizzando tutti gli strumenti contrattuali possibili Le riunioni sono obbligatorie e vanno documentate da verbali di riunioni da inviare alle Direzioni dei Presidi e alla Direzione Sanitaria	Numero di verbali inviati ai Presidi e alla Direzione Sanitaria /Numero riunioni effettuate	100%			2



D4a

D4b

D5a

D5b

D6a

D6h



SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA

DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA

Responsabile Dr. Carlo Farneti

		Anno	2017				
		PIANO DEGLI					
a		Attivazione percorso dimissione protette informatizzato in Atl@nte come da progetto regionale: - Utlizzo modulo InterRAI (Contact Assesment) per la gestione dell'assistenza domiciliare	N° gestioni informatizzate da parte dei reparti/ n. richieste totali	100%	98%	100%	1
ò	coinvolgendo le figure interessate al confronto (medici, infermieri.,.) per migliorare e favorire l'integrazione	Attivazione percorso dimissione protette informatizzato in Atl@nte come da progetto regionale: - Utlizzo modulo InterRAI PC (Palliative Care) per la gestione delle Cure palliative	N° gestioni informatizzate da parte dei reparti/ n. richieste totali	100%	98%	100%	1
		lle dotazioni dei servizi e delle e di articolare l'orario di lavoro ervizio in maniera omogenea co assistenziale e agli orari di tumistica di servizio e/o di turnistica unificata	Presentazione dell'elaborazione della turnistica di servizio e/o di turnistica unificata entro il 28.2.2017	100%			1
h	rispetto al carico assistenziale e agli orari di		Numero turni presentati su base mensile/numero turni previsti dalla proprosta validata	100%			1
1		Rispetto della programmazione operatoria	Percentuale di interventi rimandati	< 5	5%	< 5	1
b	romuovre l'utilizzo efficiente delle risorse ttraverso la corretta gestione di utilizzo dei llocchi operatori	Rispetto dell'orario della programmazione operatoria	Percentuale interventi programmati in anestesia spinale con inizio (incisione chirurgica) alle 8.45 e interventi programmati in anestesia generale con inizio (incisione chirurgica) alle 8.30	90%	85%	90%	1





DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA

Responsabile Dr. Carlo Farneti

		PIANO DEGLI	<u>OBIETTIVI</u>				
D7a		Corretta alimentazione, gestione ed evasione	Percentuale di pazienti inseriti in lista di attesa congrui con la classe di priorità della griglia	90%	85%	90%	2
D7h		delle lista di attesa per gli interventi chirurgici in regime di ricovero: - Monitoraggio della concordanza dell'appropriatezza prescrittiva nel rispetto	Controllo periodico della lista di attesa per tutti i casi che superano il tempo di attesa previsti	100%			∂2
D7c		delle griglie del regolamento aziendale - Monitoraggio della gestione delle liste di attesa	Percentuale dii concordanza fra il numero di pazienti operati in maniera programmata (già inseriti in lista di attesa) e il numero di pazienti evasi dalla lista	100%			2
D7d	Garantire le corrette modalità organizzative ed erogative per la gestione dell'offerta delle prestazioni chirurgiche di ricovero e il contenimento dei tempi di attesa nel rispetto della procedura aziendale di riferimento	Monitoraggio tempi di attesa per le prestazioni erogate in regime di ricovero e in regime ambulatoriale sottoposte a monitoraggio ministeriale: Interventi Chirurgici Tumore Mammella (MES C 10.4.1 Performance ottima = < 25) Interventi Chirurgici Tumore Prostata (MES C 10.4.2 Performance ottima = < 25) Interventi Chirurgici Tumore Colon Retto (MES C 10.4.3 e4 Performance ottima = <25) Interventi Chirurgici Tumore Polmone (MES C 10.4.5 Performance ottima = <25) Emorroidectomia Intervento Protesi D'anca Riparazione Ernia Inguinale Tonsillectomia Endoarterectomia Carotidea	Rispetto del tempo massimi di attesa in base alla priorità assegnata per le procedure sottoposte a monitoraggio ministeriale:	95%	90%	95%	

ta Pry

20

PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA

Responsabile Dr. Carlo Farneti

Anno 2017

	OBIETTIVI				VALORE	RANGE		PESO
		OBJETTIVI	ALIDII	Induction,	NEGOZIATO	MEN	MAX	
E	ar.	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	Definizione volumi di attività prestazioni di ricovero per acuti	Volume, dimessi: numero ricoveri	11.500	11.336	11.500	1
E	211		Raggiungimento risultato fissato per gli obiettivi di interesse per strutture chirurgiche	C4.4 % colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery e RO 0-1 gg	> 75	56,0%	> 75	2
E	2Б		- C4 - Appropriatezza Chirurgica	C4.7 - DRG LEA chirurgici - Percentuale ricoveri in Day Surgery	> 75	66,0%	> 75	1
E.	2c		Efficienza pre-operatoria - C3	C3.5 Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati	<1	1	<1	1
E	2d		Controllo approrpiatezza durata ricoveri ordinari	Percentuale di DRG con Degenza media oltre soglia	<1	1	<1	1
E.	3a	Raggiungimento degli obiettivi (Patto per la Salute, MeS, indicazioni regionali, strategia aziendale) per promuovere la qualità degli iinterventi assistenziali	Valutazione dimissione volontarie dai reparti	D18 % dimissioni volontarie	< 0,35	0,7%	< 0,35	12
E	3Б			C5.2 - Percentuale fratture di femore operate entro 2 gg.	> 80	68,00%	> 80	12
E.	3c		Raggiungimento risultato fissato per gli obiettivi di Qualità clinica - C5	C5.3 - Percentuale di prostatectomie transuretrali	> 95	86,00%	> 95	2
E.	3d			C5.11 - Percentuale di appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni	> 85	80,00%	> 85	2







Garantire la sorveglianza delle malattie rare e

la loro presa in carico attraverso la corretta

gestione del Registro

SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA

DIREZIONE AZIENDALE

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

N. inserimento registrazioni /n. certificazioni

DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA

Responsabile Dr. Carlo Farneti

Anno 2017 PIANO DEGLI OBIETTIVI C17.1.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per 150 2 E4a tumore maligno alla mammella Promuovere l'erogazione delle prestazioni in Rispetto delle soglie minime dei volumi di Numero interventi chirurgici per frattura di condizioni di appropriatezza, efficacia, attività 75 2 femore efficienza, qualità, sicurezza garantendo le prestazioni solo nelle strutture che rispettano Numero Colecistectomia laparoscopica 100 2 i valori soglia dei volumi e di rischio Percentuale di colecistectomie laparoscopiche Rispetto delle soglie di rischio ed esito 70 2 E4d con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg Incremento della produttività (a parità di Aumento della prodzione chirurgica in tutte le Percentuale di aumento rispetto all'anno 2016 > 5% > 4% > 5% 1 strutture risorse)

PESO OBIETTIVI DI ATTIVITA'

100%

90%

100%

24

1

rilasciate

Completamento alimentazione registro



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA

Responsabile Dr. Carlo Farneti

Anno 2017

	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RANGE		PESO
	GBIETTIVI	AZIDNI	INDICATOR	NEGOZIATO	MEN	MAX	
	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	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Qualità e Accreditamento					
FI		Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obietlivi conseguiti/obietlivi previsti	100%	90%	100%	10
		Conseguimento obiettivi negoziati					
	Promuovere la cultura del risk management e della gestione del rischio clinico al fine di identificare i potenziali rischi e le risposte adeguate perseguendo obiettivi aziendali strategici ben delineati.	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Rischio Clinico					
F2		Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	90%	100%	5
		Conseguimento obiettivi negoziati					
		Strutturazione del programma specifico e dei tetti di spesa per la struttura con il Dipartimento di Assistenza Farmaceutica	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti				10
F3	dei beni sanitari per le strutture di pertinenza Promuovere il miglioramento delll'appropriatezza prescrittiva ed autorizzativa	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget		100%	90%	100%	
		Conseguimento obiettivi negoziati					



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA

Responsabile Dr. Carlo Farneti

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

OBJETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE	RAN	RANGE	PESO		
	OBIETTIVI	AZJUNI	INDICATORI	NEGOZIATO	MIN	MAX	,,,,,,		
G1		Mappatura processi e individuazione attività di rischio per la struttura con l'ufficio Prevenzione Corruzione	di	100%					
	Attuazione delle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2016-2018	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti		100%	100%			5
		Conseguimento obiettivi negoziati							
		Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Responsabile Amministrazione Trasparente							
G2	Attuazione dellle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale per l'Integrità e la Trasparenza	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obietlivi conseguiti/obietlivi previsti	100%			5		
		Conseguimento obiettivi negoziati							

ter Day

10

100

PESO TOTALE

PESO OBIETTIVI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI

NOTA



SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA

DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA

Responsabile Dr. Carlo Farneti Anno 2017

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

R	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 nonchè 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 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 valutatore e dal valutatore e con consensesse 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 28.2.2018 e trasmesse all'Ufficio Relazioni Sindacali entro il 10.3.2018.

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 2018.

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

Sede e Data negoziazione Firma Responsabile

Terni 19.1.2017 Timbro e Firma Direzione





DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA

Responsabile Dr. Carlo Faneti

Anno 2017

				VALORE	RANGE		
	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	NEGOZIATO	MIN	MAX	PES
Fla	Avvio percorso SGQ per accreditamento nelle SC Otorinolaringoiatria e Urologia del PO di Foligno	costituzione gruppo di lavoro 2) mappatura dei processi 3) redazioni di almeno 3 procedure	redazione delle procedure previste	100%			ñ
F1b	Completamento percorso SGQ per accreditamento SC Oculistica Foligno- Spoleto e Orvieto	Completamento del SGQ definito	redazione delle procedure previste	100%			8
Fic	Avvio delle procedure per lo sviluppo del SGQ e Accreditamento blocchi operatori Orvieto e Spoleto	costituzione gruppo di lavoro 2) mappatura dei processi 3) redazioni di almeno 3 procedure	redazione delle procedure previste	100%			
FId	Corretta applicazione check-list sicurezza in sala operatoria	corretto utilizzo della check-list Rev. 00 del 10/12/2015	corretto utilizzo per tutti i pazienti	100%			2
Fle	Avvio SGQ per accreditamento Breast Unit	costituzione gruppo di lavoro 2) mappatura dei processi 3) redazioni di almeno 3 procedure	redazione delle procedure previste				î
FIF	Mantenimento del SGQ nelle strutture accreditate e certificate	Applicazione del SGQ definito	applicazione delle procedure previste	100%			
Flg	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 tipologia di pazienti assicurando la migliore sequenza temporale e spaziale possibile degli interventi da effettuare	Attuazione dei PDTA delle Patologie Tempo dipendenti: -TRAUMA	Applicazione PDTA recepiti a livello aziendale	100%			50 53
					PES	O OBIETTIVI FI	
	Sede e Data negoziazione	Firma Responsabile	land				



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA

Responsabile Dr. Carlo Faneti

		Ann	o 2017				
			PLANO DEGLI OBIETTIVI				
			e: OBJETTIVI E2 RISCHIO CLINICO				
	OBJETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RANGE		PESO
	UBZCTIZVZ	.421071	ADJCATON.	NEGOZIATO	MIN	MAX	
F2	湖 :	Realizzazione di almeno 1 Safety Walk Round (SWR) in una struttura afferente	Report SWR trasmesso alla Direzione aziendale	entro dic 2017			11
F2	eventi evitati, superamento delle barriere alla segnalazione	Riunione dipartimentale sull'argomento incident reporting	Riunione documentata (verbale + foglio firma)	Entro aprile 2017			1
F2		Applicazione della PG Gestione degli eventi avversi ed incident reporting nelle strutture afferenti	N° schede Segnalazione di eventi avversi o quasi eventi compilate e trasmesse al servizio GRC/anno	Entro dicembre 2017			ā
F2	Riduzione del rischio di Infezioni correlate all'assistenza	Implementazione e monitoraggio della PG * Igiene delle mani*	servizio GRC	Entro giugno 2017(1° valutazione) Entro Dicembre 2017			1
F2	ie e	Compilazione questionario Framework OMS e individuazione di aree di miglioramento		(2° valut.)			1
					PES	O OBIETTIVI F2	5
	Sede e Data negoziazione	Firma Responsabile	elody,				
	1240 1141 1141	Timbro e Firma Direzione	100				



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA

Responsabile Dr. Carlo Faneti

Anno 2017

			PIANO DEGLI OBIETTIV	<u>T</u>			
			F: OBJETTIVI F3 FARMACEUTICA				
	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RAN	IGE	PESC
	UBIETTEFI	AZION		NEGOZIATO	MIN	MAX	
F3a		Rispetto tetto di budget	Valore economico	13.133.604,87	13,539,798,84	13.133.604,87	2
F3b	Promuovere l'appropriatezza prescrittiva	Ridurre il consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi)	Allineamento al valore di riferimento dell'indicatore MES C9. C9.1 Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi)	≤21	< 29	≤21	1
F3c		Ridurre il consumo degli antibiotici nei reparti	Allineamento al valore di riferimento dell'indicatore MES C9. C9.12 Consumo degli antibiotici nei reparti	≤0,36	<1,00	≤0,36	1
F3d		Predisposizione di tutti i capitolati di gara di competenza in collaborazione con il DAF	Numero capitolati predisposti /Numero di capitolati da predisporre	100%	90%	100%	2
F3d F3e		Utilizzo richiesta unica motivata per antibioticoterapia e albumine	Numero richieste motivate numero/richieste previste	Tutte	100%	90%	1
F3f		Limitazione dell'utilizzo dei prodotti esclusivi	Numero di prodotti esclusivi utilizzati/numero totale prodotti utilizzati	100%	90%	100%	1
F3g		Promozione di incontri con il DAF per l'appropriatezza prescrittiva con analisi dei dati di spesa e di prescrizione.	Numero di incontri/anno	almeno 2 incontri anno			2
					PESC	OBIETTIVI F3	10
	Sede e Data negoziazione	Firma Responsabile	ulakun i				
	Terni 19.1.201	Timbro e Firma Direzione	- tre				

SUSL UMBRIIA2



SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA

DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA

Responsabile Dr. Carlo Faneti

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

				6: OBJETTIVI GI PREVENZIONE CORRUZION	4			
				INDICATORI	VALORE	RAN	GE	PESO
		OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	NEGOZIATO	MIN	MAX	
ii.Attuativi	Gla	Prevenire fenomeni corruttivi	Attuazione e Rispetto delle misure di prevenzione previste nella mappature dei processi di cui al PTPCT in vigenza (vedi colonna intitolata misure di sicurezza associate)	Si rinvia all'indicatore di cui alla mappatura dei processi (vedi colonna intitolata indicatore)	100%			3
Piar	G1b		Formazione specifica	Partecipazione a corsi di formazione in materia di prevenzione della corruzione	100%			2
			×.			PESO	OBIETTIVI GI	5

Sede e Data negoziazione | Firma Responsabile | Company |
Terni 19.1.2017 | Timbro e Firma Direzione | Turni 19.1.2017 |



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA

Responsabile Dr. Carlo Faneti

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

				G: OBIETTIVI GI TRASPARENZA				
		OBJETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RA	PESO.	
		UBIETTIVI	AZION	INDICATORI	NEGOZIATO	MIN	MAX	PESU
	G2a	Puntuale adempimento di quanto previsto dal Piano triennale prevenzione della corruzione e Trasparenza dell'ASL Umbria 2 - triennio 2017/2019	Invio alle scadenze previste dei dati.	Soddisfacimento % di adempimenti.	100%			2
ni Artmativ	G2b			Reportistica annuale sugli adempimenti eseguiti	100%			1
Pinni	G2c	Aggiornamento nomine incaricati del trattamento dei dati ex D.L.gs. 196/03	Redazione lettere incaricati	% nomine effettuate tempestivamente e relativo report (elenco nomi) da inviare al Servizio competente	100%			2
						PESO	O OBIETTIVI G2	5

Sede e Data negoziazione Firma Responsabile

Terni 19.1.2017 Timbro e Firma Direzione



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE

Responsabile Dr. Raffaele Zava

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

			A: OBJETTIVI PER LA GESTIONE E RENOTCO	NTAZIONE DELLE RISORSE E DI - EQUILIBRIO	ECONOMICO		
	OBIETTIVI		AZIONI INDICATORI		VALORE	RANGE	PESO:
		0311,711	ZEUM	INDICATORI	NEGOZIATO	MIN MAX	
Contrabilità Generale e Analitica	AL	Garantire il corretto utilizzo delle risorse con garanzia della coretta alimentazione della contabilità analitica per quanto di pertinenza	Corretta alimentazione contabilità analitica nel	Controllo del budget operativo trasmesso con cadenza trimestrale e controllo della fornitura di beni e servizi anche rapportandosi con i DEC	100%		2.
						PESO OBIETTIVI ECONOMICI	2

4



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE

Responsabile Dr. Raffaele Zava

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

			B: OBJETTIVI PER IL MIGLIORAMENTO DELL	A QUALITA' DEI D.			
	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RA MIN	NGE MAX	PES
Bla		Chiusura SDO entro 15 gg. dalla dimissione	SDO chiuse/Totale dimessi	98%	98%	100%	2
B1b	Migliorare la qualità delle informazioni	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% B) 2,5% Dicembre 2016			2
Blc	sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati da parte delle strutture di degenza nel SW SINCOS con alimentazione dei flussi informativi	Controllo sistematico caistica 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%	98%	100%	1
Bid		Pieno uitizzo cartella clínica informatizzata	Uttilizzo 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
B2a	Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa	Corretta tenuta dei fiussi di governo (STS, FLS) nel rispetto della procedura aziendale di riferimento, attraverso la puntuale, tempestiva, perfinente e corretta registrazione dei dati per la copertura quantiativa e qalitativa dei dati con soddisfazione del debito informativo NSIS	Trasmissione dei flussi nel rispetto delle modalità, della completezza, della qualità, delle scadenza previste dalle disposizioni nazionali e regionali in aderenza alla procedura aziendale	100% (NC = 0)	98%	100%	1
B26 corretta	registrazione dei dati con alimentazione dei flussi informativi di governo NSIS e la corretta e completa registrazione dei dati da parte delle strutture nei rispettivi gestionali	Controllo qualità e appropriatezza dei dati registrati	Effettuazione controlli sulle casistiche per verifica dati anagrafici e verifica completezza dei dati	100%	98%	100%	1
	con alimentazione dei flussi informativi	Corretta alimentazione dei sistemi gestionali di pertinenza nel rispetto delle indicazioni formative/informative e produzione della reportistica specifica su format definito	Trasmissione reportistica richiesta al controllo di gestione su base trimsetrale, su fornat prestabilto, entro 30 giorni dalla chiusura del trimestre	100%	98%	100%	1

PESO OBIETTIVI FLUSSI INFORMATIVI

10

Ste



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE

Responsabile Dr. Raffaele Zava

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

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

			INDICATORI	VALORE	RANGE		PESO
	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORS	NEGOZIATO	MIN	MAX	
Cla	Migliorare e qualificare le modalità	Definizione volumi di attività prestazioni ambulatoriali	Rispetto dei volumi di attività offerti a CUP per le prestazioni istiluzionali (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	2
С1ь	organizzative ed erogative nella gestione dell'offerta delle prestazioni ambulatoriali per garantire:	Monitoraggio erogazione delle prestazioni	Percentuale di prestazioni prenotate sul totale delle prestazioni erogate al netto delle prestazioni per cui è prevista l'accettazione	85%	80%	100%	2
Clc	Pefficienza organizzativa del sistema, Pequità di accesso ai servizi ambulatoriali in aderenza alla DGR 498/2016 e della Delibera del Direttore Generale 664/2016	Monitoraggio tempi di altesa delle prestazioni RAO e delle prestazioni non RAO	% di prestazioni erogate nei tempi previsti per i RAO (RAO U=3gg; B= 10gg, D=30/60gg; P=360 gg) e per i non RAO (30 gg)	90%	85%	100%	2
Cid		Validazione dell'erogato nei servizi con monitoraggio della concordanza RAO, per le prestazioni che lo prevedono, nel rispetto della procedura aziendale	% di validazione dell'erogato e della rilevazione della concordanza RAO per le prestazioni che lo prevedono	100% (NC = 0)	95%	100%	2
Cle		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%	2
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/PLS	N. richieste prestazioni dematerializzate / N. richieste totale	100%	80%	100%	2
		4		-	PESO OBIETTIV	LISTE ATTESA	12







DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE

Responsabile Dr. Raffaele Zava

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

D: OBJETTIVI ORGANIZZATIVI

	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RA	NGE	PESO
	OSIETTAY	ACION	INDICATOR2	NEGOZIATO	MIN	MAX	PESO
DI	212/2016) e alla programmazione aziendale	Sviluppo e realizzazione delle attività di riorganizzazione dell'offerta ospedalera del Diapritimento previste nella Delibera del Direttore Generale	Rispetto degli impegni del cronoprogramma	100%			2
D2	Promuovere l'ottimizzazione di utilizzo nella gestione dell'OBI al fine di ridurre le inappropriatezze dei ricoveri ordinari in aderenza alla DGR 389/2016 e dalla Delibera del Direttore Generale n. 675/2016.	Piena attivazione dei posti letto tecnici di OBI specialistica come disegnati in Delibera	N. posti letti fecnici attivati/ n. posti letti previsti	100%			⊶ 1:
D3	afferenza del Dipartimento in collaborazione con i Presidi Ospedalier al fine di garantire uniformità di accesso al servizi nelle diverse strutture dipartimentali	Implementare riunioni dipartimentali con la partecipazione attiva dei Direttori di Presidio , almeno 1 a trimestre su: -Discussione di procedure e protocolli aziendali - Semplificazione/integrazione organizzativa dei servizi gestiti volte a ridurre le UU.OO. semplificare il percorso del paziente, flessibilizzare i servizi in relazione alla domanda, ridurre il personale necessario o quantomeno contenere le richieste di sostituzione nei limiti imposti dalla normativa vigente utilizzando tutti gli strumenti contrattuali possibili Le riunioni sono obbligatorie e vanno documentate da verbali di riunioni da inviare alle Direzioni dei Presidi e alla Direzione Sanitaria	Numero di verbali inviati ai Presidi e alla Direzione Sanitaria /Numero riunioni effettuate	100%			2







DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE

Responsabile Dr. Raffaele Zava

Anno 2017 PIANO DEGLI OBIETTIVI

		PIANO DEG	LIOBIETTIVI				
D-	Promuovere e qualificare l'integrazione territorio - ospedale anche attraverso incontri periodici fra Distretto e Ospedale	Attivazione percorso dimissione protette informatizzato in Atl@nte come da progetto regionale: - Utlizzo modulo InterRAI HC (Home Care) per la gestione dell'assistenza domiciliari	N' gestioni informatizzate da parte dei reparti/ n. richieste totali	100%	98%	100%	1.
D-	coinvolgendo le figure interessate al confronto (medici, infermieri.,.) per migliorare e favorire l'integrazione	Attivazione percorso dimissione protette informalizzato in Atl@nte come da progetto regionale; - Utlizzo modulo InterRAI PC (Palliative Care) per la gestione delle Cure palliative	N° gestioni informatizzate da parte dei reparti/ n. richieste totali	100% 98% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 10	100%	1	
D5	Dedinizione delle dotazioni dei servizi e delle strutture al fine di articolare l'orario di lavoro e dei turni di servizio in maniera omogenea	Definzione degli orari dei servizi anche attraverso l'elaborazione di proposte di aggregazione di servizi su base distrettuale o	Presentazione dell'elaborazione della turnistica di servizio e/o di turnistica unificata entro il 28.2.2017	100%			1
D5	rispetto al carico assistenziale e agli orari di	interdistrettuale mediante l'elaborazione di turnistica di servizio e/o di turnistica unificata	Numero turni presentati su base mensile/numero turni previsti dalla proprosta validata	100%			2
De	Promuovre l'utilizzo efficiente delle risorse	Rispetto della programmazione operatoria	Percentuale di interventi rimandati	< 5	5%	< 5	1
Dé	attraverso la corretta gestione di utilizzo dei blocchi operatori	Rispetto dell'orario della programmazione operatoria	Percentuale interventi programmati in anestesia spinale con inizio (incisione chirurgica) alie 8.45 e interventi programmati in anestesia generale con inizio (incisione chirurgica) alle 8.30	90%	85%	90%	2





DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE

Responsabile Dr. Raffaele Zava

		PIANO DEGI	LI OBIETTIVI				
D7a		Corretta alimentazione, gestione ed evasione delle lista di attesa per gli interventi chirurgici in regime di ricovero: - Monitoraggio della concordanza dell'appropriatezza prescrittiva nel rispetto delle griglie del regolamento aziendale - Monitoraggio della gestione delle liste di attesa	Percentuale di pazienti inseriti in lista di attesa congrui con la classe di priorità della griglia	90%	85%	90%	
D7Ь	Garantire le corrette modalità organizzative ed erogative per la gestione dell'offerta delle prestazioni chirurgiche di ricovero e il contenimento dei tempi di attesa nel rispetto della procedura aziendale di riferimento	Monitoraggio tempi di attesa per le prestazioni erogate in regime di ricovero e in regime ambulatoriale sottoposte a monitpraggio ministeriale: Interventi Chirurgici Tumore Mammella (MES C 10.4.1 Performance ottima = < 25) Interventi Chirurgici Tumore Prostata (MES C 10.4.2 Performance ottima = < 25) Interventi Chirurgici Tumore Colon Retto (MES C 10.4.3 e "4 Performance ottima = <25) Interventi Chirurgici Tumore Polmone (MES C 10.4.5 Performance ottima = <25) Interventi Chirurgici Tumore Polmone (MES C 10.4.5 Performance ottima = <25) Emorroidectomia Intervento Protesi D'anca Riparazione Emia Inguinale Tonsillectomia Endoarterectomia Carotidea	Rispetto del tempo massimi di attesa in base alla priorità assegnata per le procedure sottoposte a monitoraggio ministeriale:	95%	90%	95%	8







DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE

Responsabile Dr. Raffaele Zava

Anno 2017

		E: OBJETTIVI DI ATTIVITA						
	OBJETTIVI	AZTONI	INDIGATORI	VALORE NEGOZIATO	RA MIN	NGE MAX		
E1	Migliorare e qualificare l'offerta e l'erogazione delle prestazioni mediche	Definizione volumi di attività prestazioni di ricovero per acuti	Volume, dimessi: numero ricoveri	3.700	3.647	3.700		
E2a	Raggiungimento degli obiettivi (Patto per la	Raggiungimento risultato fissato per gli	C14.2 - Percentuale ricoveri in dh medico con finalità diagnostica	< 18,00	20,0%	< 18,00		
E2b	Salute, MeS, indicazioni regionali, strategia		C14.3 - Percentuale ricoveri ordinari medici brevi	< 19,00	20,0%	< 19,00		
E2c	ambito medico		C14.4 Percentuale ricoven medici oltre soglia >= 65 anni	< 2	2,5%	< 2		
F.3a		Valutazione dimissione volontarie dai reparti	D18 % dimissioni volontarie	< 0,35	0,7%	< 0,35		
E3b		Controllo appropriatezza durata ricoveri ordinari	Degenza media ricoveri medici ordinari	< 7 gg.	9 gg.	< 7 gg.		
E4a	Salute, MeS, Indicazioni regionali, Strategia	Raggiungimento risultato fissato per gli obiettivi di interesse per strutture chirurgiche - C4 - Appropriatezza Chirurgica	C4.4 % colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery e RO 0-1 gg	> 75	56,0%	> 75		
E4b	l'efficienza degli interventi assistenziali in	Raggiungimento risultato fissato per gli obiettivi di Qualità clinica - C5	C5.2 - Percentuale fratture di femore operate entro 2 gg.	> 80	68,00%	> 80		
E5a	efficienza, qualità, sicurezza garantendo le prestazioni solo nelle strutture che rispettano i valori soglia dei volumi e di rischio		N. casi annui di infarti miocardici in fase acuta di primo ricovero in ospedale	100				
E5b		Rispetto delle soglie minime dei volumi di attività	N. di procedure/anno di angiopiastica coronarica percutanea di cui almen il 30% angiopiastiche promarie in IMA-STEMI	250				
ESc		Rispetto delle soglie di rischio ed esito	Percentuale di angioplastica coronarica percutanea entro 90 min dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta	60%				







DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE

Responsabile Dr. Raffaele Zava

		Anno	0 2017				
		PIANO DEG	LI OBIETTIVI				
E6a	Promuovere l'efficienza del Pronto Soccorso al fine di nigliorare i tempi di attesa, l'appropriatezza dei ricoveri e promuovere la qualità degli iinterventi assistenziali		C 16.1 % accessi in PS con codice giallo visitati entro 30 minuti	90%	88%	90%	18
E6b		Monitoraggio tempi di attesa per codice	C 16.2 % accessi in PS con codice verde visitati entro 1 ora	90%	88%	90%	2
		- C 16. Percoiso Emergenza-Orgenza	C 16.3 % accessi in PS con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza inferiori a 4 ore	90%	88%	90%	1
			C 16.4 % accessi in PS inviati al ricovero dal Pronto Soccorso con tempo di permanenza entro 8 ore	90%	88%	90%	1
E6d		Monitoraggio abbandoni da PS	D8 % abbandoni volontari	<1	1,2%	<1	2
E6e		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

THE STATE OF THE PROPERTY OF T

Mo

PESO OBIETTIVI DI ATTIVITA'

26



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE

Responsabile Dr. Raffaele Zava

Anno 2017

OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE	RANGE		PESO
		2200		NEGOZIATO	MIN	MAX	
	Promuovere la gestione di qualità delle attività delle strutture e dei servizi attraverso	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Qualità e Accreditamento					
FI S	Il conseguimento dell' accreditamento/della certificazione o l'avvio delle procedure per il SGQ per assicurare gli standard e i livelli di	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obietlivi conseguiti/obietlivi previsti	100%	90%	100%	10
	conformità previsti dalle norme di Accreditamento istituzionale e dalle norme ISO	Conseguimento obiettivi negoziati					
	Promuovere la cultura del risk management e della gestione del rischio clinico al fine di identificare i potenziali rischi e le risposte adequate perseguendo obiettivi aziendali	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Rischio Clinico					
F2		Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	90%	100%	5
	strategici ben delineati.	Conseguimento obiettivi negoziati					
		Strutturazione del programma specifico e dei tetti di spesa per la struttura con il Dipartimento di Assistenza Farmaceutica					
F3	dei beni sanitari per le strutture di pertinenza Promuovere il miglioramento delll'appropriatezza prescrittiva ed	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obietlivi conseguiti/obietlivi previsti	100%	90%	100%	10
	autorizzativa	Conseguimento obiettivi negoziati					







DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE

Responsabile Dr. Raffaele Zava

Anno 2017

				G: OBJETTIVI PER LA REALIZZAZIONE DE	PIANI ATTUATIVE	EZIENDALI		
		OBJETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RAI	IGE	PESO
		OBJETTIVI	AZIUNI	THEFTCHTON	NEGOZIATO	MIN	MAX	
	Attuazione dellle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2016-2018		Mappatura processi e individuazione attività di rischio per la struttura con l'ufficio Prevenzione Corruzione	à di				
		propria struttura dal Piano Triennale della	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%			5
			Conseguimento obiettivi negoziati					
Fann Arranday			Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Responsabile Amministrazione Trasparente					
	G2	Attuazione dellle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale per l'Integrità e la Trasparenza	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%			5
			Conseguimento obiettivi negoziati		**			
		1			PESO OBIETTIVI	PIANI ATTUAT	TVI AZIENDALI	10







DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE

Responsabile Dr. Raffaele Zava

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

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

L'illustrazione e condivisione degli obiettivi a tutto il personale della struttura vanno verbalizzate e i verbali redatti con individuazione dei convocati e le firme dei presenti vanno trasmessi al Controllo di Gestione

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 ai controlio di destioni entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi e/o dei piani specifici.

NOTA 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.

B I momenti di illustrazione e condivisione vanno verbalizzati

Tale operatività rappresenta obiettivo specifico del Direttore/Responsabile nonchè 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 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 28.2.2018 e trasmesse all'Ufficio Relazioni Sindacali entro il 10.3.2018.

Tutte le schede previste dovranno essere valutate per gli item A entro II 28.2.2018 e trasmesse all'ufficio Relazioni Sindacali entro II 10.3.20 Tali operatività rappresentano obiettivo specifico del Valutatore utile ai fini della valutazione individuale del valutatore.

NOTA

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 2018.

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

Sede e Data negoziazione Firma Responsabile

Foligno 18.1.2017 Timbro e Firma Direzione



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI ENERGENZA ACCETTAZIONE

Responsabile Dr. Raffaele Zava

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

			FI OBIETTIKI FI QUALITA E ACCREDITAME	V370			
	OBIETTIVI	AZZONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RAN MIN	IGE MAX	PESO.
Fla	Avvio percorso SGQ per Accreditamento dei PS FOLIGNO, SPOLETO, ORVIETO, NARNI- AMELIA	Costituzione gruppo di lavoro aziendale 2) Analisi e contestualizzazione a livello aziendale del PDTA regionale 3) Implementazione	Redazione delle procedure previste	100%		888888888888888888888888888888888888888	2
F1b	Avvio percorso SGQ per Accreditamento dei SC ANESTSIE E T.I, FOLIGNO, SPOLETO, ORVIETO	Costituzione gruppo di lavoro aziendale 2) Analisi e contestualizzazione a livello aziendale del PDTA regionale 3) Implementazione	Redazione delle procedure previste	100%			2
F1c	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 tipologia di pazienti	Attuazione dei PDTA delle Patologie Tempo dipendenti: - STEMI - ICTUS -TRAUMA	Applicazione PDTA recepiti a livello aziendale	100%			31
Fld		limplementazione del PDTA "dolore toracico in PS" attraverso: 1) costituzione gruppo di lavoro aziendale 2) analisi e contestualizzazione a livello aziendale del PDTA regionale 3) implementazione	Stesura della procedura aziendale entro il 30 giugno 2017 con individuazione indicatori di processo e di risultato	100%			1
Fle	assicurando la migliore sequenza temporale e spaziale possibile degli interventi da effettuare	limplementazione del PDTA "sospetta tromboembolia in PS" attraverso: 1) costiluzione gruppo di lavoro aziendale 2) analisi e contestualizzazione a livello aziendale del PDTA regionale 3) implementazione	Stesura della procedura aziendale entro il 30 giugno 2017 con individuazione indicatori di processo e di risultato	100%			1
FII		Implementazione della protocollo regionale IL PAZIENTE EMOFILICO: TRATTAMENTO IN EMERGENZA congiuntamente a DEA	Stesura della procedura aziendale entro il 30 giugno 2017 con individuazione indicatori di processo e di risultato	100%			1
Flh	Promuoverea la Sorveglianza, il Controllo e la Prevenzione della diffusione dei patogeni Alert	Corretta implementazione della procedura aziendale "Sorveglianza, Controllo e Prevenzione della diffusione dei patogeni Alert"	Aderenza alla procedura recepita a livello aziendale	100%			4
EH	Partecipazione a Indagine qualità percepita	Collaborare nella distribuzione e raccolla del questionario di qualità percepita aziendale	Distribuzione e raccolta del questionario di qualità percepita aziendale	100%			1
					PESO	OBIETTIVI FI	10

plo

Sede e Data negoziazione Firma Responsabile

Foligno 18.1.2017 Timbro e Firma Direzione



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI ENERGENZA ACCETTAZIONE

Responsabile Dr. Raffaele Zava

Anno 2017

				PIANO DEGLI OBIETTIVI	75. 35		
				F: OBJETTIVI F2 RISCHIO CLINICO			
		OBJETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE MEN MAX	PESO .
ure	F2a		Realizzazione di almeno 1 Safety Walk Round (SWR) in una struttura afferente	Report SWR trasmesso alla Direzione aziendale	entro dic 2017		1
Sicurezza delle Cure	F2b	Consolidamento del sistema locale di incident reporting: sensibilizzazione alla segnalazione degli eventi avversi e degli eventi evitati, superamento delle barriere alla segnalazione	Riunione dipartimentale sull'argomento incident reporting	Riunione documentata (verbale + foglio firma)	Entro aprile 2017		1
	F2c	ia segnalazione	Applicazione della PG Gestione degli eventi avversi ed incident reporting nelle strutture afferenti	N° schede Segnalazione di eventi avversi o quasi eventi compilate e trasmesse al servizio GRC/anno	Entro dicembre 2017		1
Qualità, Apprpriatezza e	F2d	Riduzione del rischio di infezioni correlate all'assistenza	Implementazione e monitoraggio della PG ' Igiene delle mani'	Questionari Framework OMS compilati per tutte le struttureafferenti e trasmessi al	Entro giugno 2017(1° valutazione) Entro Dicembre		1
On O	F2e		Compilazione questionario Framework OMS e individuazione di aree di miglioramento	-servizio GRC	2017 (2° valut.)		1
						PESO OBIETTIVI F2	5
		Sede e Data negoziazione	Firma Responsabile	allizard,			
		Foligno 18.1.2017	Timbro e Firma Direzione	Town .			



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI ENERGENZA ACCETTAZIONE

Responsabile Dr. Raffaele Zava

Anno 2017

OBJETTIVI	AZTONI Rispetto tetto di budget	INDICATORI	NEGOZIATO	MIN	MAX	PES
	Rispetto tetto di budget			ATTEMPT TO SECURE STREET, STRE		
		Valore economico	4.341.401,94	4.475.672,10	4.341.401,94	2
	Ridurre il consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi)	Allineamento al valore di riferimento dell'indicatore MES C9. C9.1 Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi)	<u>< 21</u>	< 29	≤21	2
ceutica finalizzata alla sicurezze delle	Ridurre il consumo degli antibiotici nei reparti	Allineamento al valore di riferimento dell'indicatore MES C9. C9.12 Consumo degli antibiotici nei reparti	≤0,36	< 1,00	≤0,36	2
cure e all'efficiente utilizzo delle risorse	Ridurre il consumo del sartani	Allineamento al valore di riferimento dell'indicatore MES C9. C9.3 Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (Anti- ipertensivi)	< 26	<30	<26	2
	Promozione di incontri con il DAF per l'appropriatezza prescrittiva con analisi dei dati di spesa e di prescrizione.	Numero di incontri/anno	almeno 2 incontri anno			2
	2.4			PESO	OBIETTIVI F3	10
		Ridurre il consumo degli antibiotici nei reparti Ridurre il consumo degli antibiotici nei reparti Ridurre il consumo del sartani Promozione di incontri con il DAF per l'appropriatezza prescrittiva con analisi dei dati di spesa e di prescrizione.	(Antiacidi) Ridurre il consumo degli antibiotici nei reparti dell'indicatore MES C9. C9.12 Consumo degli antibiotici nei reparti Allineamento al valore di riferimento dell'indicatore MES C9. C9.12 Consumo degli antibiotici nei reparti Allineamento al valore di riferimento dell'indicatore MES C9. C9.12 Consumo degli antibiotici nei reparti Allineamento al valore di riferimento dell'indicatore MES C9. C9.12 Consumo degli antibiotici nei reparti Allineamento al valore di riferimento dell'indicatore MES C9. C9.12 Consumo degli antibiotici nei reparti Allineamento al valore di riferimento dell'indicatore MES C9. C9.12 Consumo degli antibiotici nei reparti Allineamento al valore di riferimento dell'indicatore MES C9. C9.12 Consumo degli antibiotici nei reparti Allineamento al valore di riferimento dell'indicatore MES C9. C9.12 Consumo degli antibiotici nei reparti Dell'indicatore MES C9. C9.12 Consumo degli antibiotici nei reparti Allineamento al valore di riferimento dell'indicatore MES C9. C9.12 Consumo degli antibiotici nei reparti Dell'indicatore MES C9. C9.12 Consumo degli antibiotici nei reparti Allineamento al valore di riferimento dell'indicatore MES C9. C9.12 Consumo degli antibiotici nei reparti Allineamento al valore di riferimento dell'indicatore MES C9. C9.12 Consumo degli antibiotici nei reparti	(Antiacidi) Ridurre il consumo degli antibiotici nei reparti dell'indicatore MES C9. C9.12 Consumo degli antibiotici nei reparti Allineamento al valore di riferimento dell'indicatore MES C9. C9.12 Consumo degli antibiotici nei reparti Allineamento al valore di riferimento dell'indicatore MES C9. C9.3 Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (Anti- ipertensivi) Promozione di incontri con il DAF per l'appropriatezza prescrittiva con analisi dei dati di spesa e di prescrizione. Numero di incontri/anno Allineamento al valore di riferimento dell'indicatore MES C9. C9.3 Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (Anti- ipertensivi) Numero di incontri/anno	(Antiacidi) Ridurre il consumo degli antibiotici nei reparti dell'indicatore MES C9. C9.12 Consumo degli antibiotici nei reparti Allineamento al valore di riferimento dell'indicatore MES C9. C9.12 Consumo degli antibiotici nei reparti Allineamento al valore di riferimento dell'indicatore MES C9. C9.12 Consumo degli antibiotici nei reparti C9.3 Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (Anti- ipertensivi) Promozione di incontri con il DAF per l'appropriatezza prescrittiva con analisi dei dati di spesa e di prescrizione. Numero di incontri/anno PESO	Allineamento al valore di riferimento dell'indicatore MES C9. C9.12 Consumo degli antibiotici nei reparti Allineamento al valore di riferimento dell'indicatore MES C9. C9.12 Consumo degli antibiotici nei reparti Allineamento al valore di riferimento dell'indicatore MES C9. Ridurre il consumo del sartani C9.3 Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (Anti-ipertensivi) Promozione di incontri con il DAF per l'appropriatezza prescrittiva con analisi dei dati di spesa e di prescrizione. Numero di incontri/anno PESO OBIETTIVI F3



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI ENERGENZA ACCETTAZIONE

Responsabile Dr. Raffaele Zava

Anno 2017

				PIANO DEGLI OBIETTIV	<u>1</u>			
				G: OBJETTIVI GI PREVENZIONE CORRUZIO	ΥF			
		OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RANGE		PESO
		OBJETTIVI	AZIONI	INDICATOR1	NEGOZIATO	MIN	MAX	resu
i Affuativi	Gla	Prevenire fenomeni corruttivi	Attuazione e Rispetto delle misure di prevenzione previste nella mappature dei processi di cui al PTPCT in vigenza (vedi colonna intitolata misure di sicurezza associate)	Si rinvia all'indicatore di cui alla mappatura dei processi (vedi colonna intitolata indicatore)	100%			3
Piani	G1b		Formazione specifica	Partecipazione a corsi di formazione in materia di prevenzione della corruzione	100%			2
			1			PESO	OBIETTIVI GI	5
		Sede e Data negoziazione	Firma Responsabile	Liet 2000				
		Foligno 18.1.2017	Timbro e Firma Direzione	1				



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI ENERGENZA ACCETTAZIONE

Responsabile Dr. Raffaele Zava

					202211			
				PIANO DEGLI OBIETT	<u>(VI</u>			
				G: OBIETTIVI GZ TRASPARENZA				
		OBJETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RAI	VĠE	PESO.
			43.0H	macaroa	NEGOZIATO	MIN	MAX	rcou
٧į	G2a	G2a Puntuale adempimento di quanto previsto dal Piano triennale prevenzione della	Invio alle scadenze previste dei dati,	Soddisfacimento % di adempimenti.	100%			2
ni Attuativi	G2b	corruzione e Trasparenza dell'ASL Umbria 2 - triennio 2017/2019		Reportistica annuale sugli adempimenti eseguiti	100%			1
Piani	G2c	Aggiornamento nomine incaricati del trattamento dei dati ex D.L.gs. 196/03	Redazione lettere incaricati	% nomine effettuate tempestivamente e relativo report (elenco nomi) da inviare al Servizio competente	100%			2
			0	2 E		PESO	OBIETTIVI G2	5
		Sede e Data negoziazione	Eirma Responsabile	Much Porto				
			Timbro e Firma Direzione	ifacti Lava				

		à	SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
		USLUmbria2							
			DIPARTIMENTO	DI AREA MEDICA					
			Responsabile Dr	Luciano Bisscarini					
			Anno	2017					
			PIANO DEG	LI OBIETTIVI					
			A: OBJETTIVI PER LA GESTIONE E RENDICO	NTAZIONE DELLE RISORSE E DI EQUILIBRIO	ECONOMICO				
		OBJETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RAN	GE	PESO	
		UBZETIYI	AESUNS		NEGOZIATO	MIN	MAX		
Amilitica	AI		Corretta alimentazione contabilità analitica nel rispetto della procedura aziendale	Controllo del budget operativo trasmesso con cadenza trimestrale e controllo della fornitura di beni e servizi anche rapportandosi con i DEC	100%			2	
		1.				PESO OBIETTI	VI ECONOMICI	2	

1



USL UMBRIIA2



SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA

DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA

Responsabile Dr.Luciano Bisscarini

Anno 2017

				VALORE	RA	NGE	PESO
	OBIETTIYI	AZIONI	INDICATORI	NEGOZIATO	MIN	MAX	
Bla		Chiusura SDO entro 15 gg. dalla dimissione	SDO chiuse/Totale dimessi	98%	98%	100%	2
В1ь	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	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% B) 2,5% Dicembre 2016			2
Ble		Controllo sistematico caistica 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 con riduzione del 10% dei DRG LEA potenzialmente inappropriati rispetto al 2016 o in linea con le percentuali definite a livello regionale	100%	98%	100%	2
BId		Pieno uilizzo cartella clinica informatizzata	Uttilizzo 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
132	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 Atl@nte con alimentazione dei rispettivi flussi	livello di cure palliative e per il flusso Hospice	% di utenti registrati in SIAD rispetto a quelli seguiti % di utenti con HOME CARE completa entro 90 gg. nel flusso SIAD % di congruità del quadro H del FLS 21 con il flusso SIAD % di utenti nel flusso Hospice sul totale presi in carico	100%	98%	100%	4





ANNO 2017



SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA

DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA

Responsabile Dr.Luciano Bisscarini

Anno 2017

				VALORE	RAI	NGE	PESO
	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	NEGOZIATO	MIN	MAX	PES
Cla	Migliorare e qualificare le modalità organizzative ed erogative nella gestione dell'offerta delle prestazioni ambulatoriali per garantire: - il mantenimento di adeguati e appropriati livelli dell'offerta rispetto alla domanda, - il contenimento dei tempi di attesa, - l'eficienza organizzativa del sistema, - 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.	175.000	173.000	175.000	2
СІЬ		Monitoraggio erogazione delle prestazioni	Percentuale di prestazioni prenotate sul totale delle prestazioni erogate al netto delle prestazioni per cui è prevista l'accettazione	85%	80%	100%	1
Cie		Monitoraggio tempi di attesa delle prestazioni RAO e delle prestazioni non RAO	% di prestazioni erogate nei tempi previsti per i RAO (RAO U=3gg; B= 10gg, D=30/60gg; P=360 gg) e per i non RAO (30 gg)	90%	85%	100%	2
CId	in aderenza alla DGR 498/2016 e della Delibera del Direttore Generale 664/2016	Validazione dell'erogato nei servizi con monitoraggio della concordanza RAO, per le prestazioni che lo prevedono, nel rispetto della procedura aziendale	% di validazione dell'erogato e della rilevazione della concordanza RAO per le prestazioni che lo prevedono	100% (NC = 0)	95%	100%	.2
Cle		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%	2
C2a	Miglioramento degli iter di presa in carico dei percorsi per gli screening omcologici in	Piena attuazione dei percorsi diagnostici di secondo livello per gli screening omcologici	Completamento percorsi di secondo livello con prenotazione im Demetra per lo screening del colon retto	100%			2
C2b	collaborazione con la SSD degli Screening Oncologici del Dipartimento di Prevenzione	Garanzia di tempi di attesa congrui per le indagini di approfondimento	Ridurre l'attesa per la colonscopia in caso di FOBT positivo	60% entro 30 gg, 90% entro 45 gg.			2
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 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







DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA

Responsabile Dr.Luciano Bisscarini

Anno 2017

			D: OBIETTIVI ORGANIZZATIVI				
	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RAI MIN	YGE	PESI
Di	Promuovere la riorganizzazione e la razionalizzazione dei servizi ospedalieri in aderenza alle linee di indirzzo regionali DGR 212/2016) e alla programmazione aziendale (Delibera del Direttore Generale) per: - efficientare il sistema della rete ospedaliera - assicurare percorsi di presa in carico dei pazienti efficaci ed appropriati	Sviluppo e realizzazione delle attività di riorganizzazione dell'offerta ospedalera del Diaprttimento previste nella Delibera del Direttore Generale	Rispetto degli impegni del cronoprogramma	100%		MAX	3
D2	Promuovere l'ottimizzazione di utilizzo nella gestione dell'OBI al fine di ridurre le inappropriatezze dei ricoveri ordinari in aderenza alla DGR 389/2016 e dalla Delibera del Direttore Generale n. 675/2016.	Piena attivazione dei posti letto tecnici di OBI specialistica come disegnati in Delibera	N. posti letti tecnici attivati/ n. posti letti previsti	100%			2
D3	con i Presidi Ospedalier al fine di garantire	Implementare riunioni dipartimentali con la partecipazione attiva dei Direttori di Presidio , almeno 1 a trimestre su: -Discussione di procedure e protocolli aziendali - Semplificazione/integrazione organizzativa dei servizi gestiti volte a ridurre le UU.OO. , semplificare il percorso del paziente, flessibilizzare i servizi in relazione alla domanda, ridurre il personale necessario o quantomeno contenere le richieste di sostituzione nei limiti imposti dalla normativa vigente utilizzando tutti gli strumenti contrattuali possibili Le riunioni sono obbligatorie e vanno documentate da verbali di riunioni da inviare alle Direzioni dei Presidi e alla Direzione Sanitaria	Numero di verbali inviati ai Presidi e alla Direzione Sanitaria /Numero riunioni effettuate	100%			3







DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA

Responsabile Dr.Luciano Bisscarini

		PIANO DEGI	LI OBIETTIVI				
D4a	territorio - ospedale anche attraverso incontri periodici fra Distretto e Ospedale coinvolgendo le figure interessate al controto (medici, infermieri) per	Attivazione percorso dimissione protette informatizzato in Atl@nte come da progetto regionale: - Utlizzo modulo InterRAI (Contact Assesment) per la gestione dell'assistenza domiciliari	N° gestioni informatizzate da parte dei reparti/ n. richieste totali	100%	98%	100%	2
D4b		Attivazione percorso dimissione protette informatizzato in Atl@nte come da progetto regionale: - Utlizzo modulo InterRAI PC (Palliative Care) per la gestione delle Cure palliative	N° gestioni informatizzate da parte dei reparti/ n. richieste totali	100%	98%	100%	2
D5a	Dedinizione delle dotazioni dei servizi e delle strutture al fine di articolare l'orario di lavoro e dei turni di servizio in maniera omogenea rispetto al carico assistenziale e agli orari di attività		Presentazione dell'elaborazione della turnistica di servizio e/o di turnistica unificata entro il 28.2.2017	100%			2
D5b		interdistrettuale mediante l'elaborazione di turnistica di servizio e/o di turnistica unificata	Numero turni presentati su base mensile/numero turni previsti dalla proprosta validata	100%			2
D6	Definzione degli iter di presa in carico dei percorsi per i pazienti affetti da epatopatie	Piena attuazione dei percorsi diagnostici di secondo livello per i pazienti epatopatici	Completamento percorsi di secondo livello con prenotazione a CUP	100%			2
D7	Promuovere la riorganizzazione dei servizi di cure palliative in aderenza alle linee di indirzzo regionali e alla programmazione aziendale per: - efficientare il sistema - assicurare percorsi di presa in carico del pazienti efficaci ed appropriati	Definizione dell'organizzazione delle Cure Palliative come da Delibera del Direttore Generale n. 645 del 25/07/2014 in collaborazione con i Distretti	Piena attuazione delle UCCP	100%			2





20

PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA

Responsabile Dr.Luciano Bisscarini

Anno 2017

				VALORE	RE RANGE		PESO
	OBJETTIVI	AZIONI	INDICATORI	NEGOZIATO	MIN	MAX	7630
El	Migliorare e qualificare l'offerta e l'erogazione delle prestazioni mediche	Definizione volumi di attività prestazioni di ricovero per acuti	Volume, dimessi; numero ricoveri	6.800	6.703	6.800	2
E2a	Raggiungimento degli obiettivi (Patto per la		C14.2 - Percentuale ricoveri in dh medico con finalità diagnostica	< 18,00	20,0%	< 18,00	2
E2b	Salute, MeS, indicazioni regionali, strategia aziendale) per promuovere l'efficacia e l'efficienza degli interventi assistenziali in	Raggiungimento risultato fissato per gli obiettivi di interesse per strutture mediche - C14 - Appropriatezza Medica	C14.3 - Percentuale ricoveri ordinari medici brevi	< 19,00	20,0%	< 19,00	2
E2c	ambito medico		C14.4 Percentuale ricoveri medici oltresoglia >= 65 anni	< 2	2,5%	< 2	2
E3a	Raggiungimento degli obiettivi (Patto per la	Valutazione dimissione volontarie dai reparti	D18 % dimissioni volontarie	< 0,35	0,7%	< 0,35	2
ЕЗЬ	Salute, MeS, indicazioni regionali, strategla aziendale) per promuovere la qualità degli interventi assistenziali	Controllo appropriatezza durata ricoveri ordinari	Degenza media ricoveri medici ordinari	< 7 gg.	9 gg.	< 7 gg.	2
E4a	Migliorare e qualificare l'assistenza ai malati terminali	Attivazione UCP e presa in carico dei pazienti con piena attivazione della rete delle UCP in	Tasso utilizzo PL Hopisce	≥ 80 %	75%	80%	2
E4b		aderenza alla Delibera del Direttore Generale n. 645 del 25/07/2014:	N, pazienti seguiti a domiclio dalle UCP/n. richieste arrivare all'UCP	100%	90%	100%	2





USL UMBRIIA2



SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA

DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA

Responsabile Dr.Luciano Bisscarini

Anno 2017

	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RANGE		PESO
	UDIE (1191	AZIUNI	INDICATORI	MEGOZIATO	MIN	MAX	
	Promuovere la gestione di qualità delle attività delle strutture e dei servizi attraverso il conseguimento dell'accreditamento/della	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Qualità e Accreditamento					
FI	certificazione o l'avvio delle procedure per il SGQ per assicurare gli standard e i livelli di		Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	90%	100%	10
	conformità previsti dalle norme di Accreditamento Istituzionale e dalle norme ISO	Conseguimento obiettivi negoziati					
	Promuovere la cultura del risk management e della gestione del rischio clinico al fine di identificare i potenziali rischi e le risposte adeguate persequendo obiettivi aziendali	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Rischio Clinico	Obiettivi conseguifi/obiettivi previsti	100%	90%	100%	
F2		Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					5
	strategici ben delineati.	Conseguimento obiettivi negoziati					
	Garantire la gestione appropriata nell'utilizzo	Strutturazione del programma specifico e dei tetti di spesa per la struttura con il Dipartimento di Assistenza Farmaceutica					
F3	activate proprieta ad	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	90%	100%	10
7	autorizzativa	Conseguimento obiettivi negoziati					





USL UMBRIIA2



SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA

DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA

Responsabile Dr.Luciano Bisscarini

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

			G: OBIETTIVI PER LA REALIZZAZIONE DEL	PEANI ATTUATIVI	AZIENDALI			
	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RANGE	PESO		
		ALIUM.	4000000	NEGOZIATO	MIN MAX			
		Mappatura processi e individuazione attività di rischio per la struttura con l'ufficio Prevenzione Corruzione	di rischio per la struttura con l'ufficio Prevenzione Corruzione	à				
GI	Attuazione dellle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2016-2018	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%		5		
4		Conseguimento obiettivi negoziati						
	Attuazione dellle misure previste per la	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Responsabile Amministrazione Trasparente						
G2	propria struttura dal Piano Triennale per l'Integrità e la Trasparenza	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%		5		
		Conseguimento obiettivi negoziati						
				PESO OBIETTIV	I PIANI ATTUATIVI AZIEN	DALI 10		





PESO TOTALE

100



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA

Responsabile Dr.Luciano Bisscarini

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

1		
	NOTA A	E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura, nonchè del/i responsabile/i di posizione organizzativa illustrare e condividere, con tutto il personale afferente la struttura, gli obiettivi gestionali assegnati. L'assolvimento degli obblighi di legge in merito a prevenzione della corruzione, trasparenza ed integrità in capo ai Responsabili di struttura (dirigenti e titolari P.O.) costituisce condizione di accesso all'istituto della retribuzione di risultato/produttività collettiva per detti soggetti. L'illustrazione e condivisione degli obiettivi a tutto il personale della struttura vanno verbalizzate e i verbali redatti con individuazione dei convocati e le firme dei presenti vanno trasmessi al Controllo di Gestione entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi e/o dei piani specifici.
	В	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 cappresenta objettivo specifico del Direttore/Responsabile nonchè del li responsabile i di posizione organizzativa, utile ai fini della sua valutazione individuale.

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.

NOTA
C
Tutte le schede previste dal valutatore e dal valutatore degli obiettivi gestionali.
Tutte le schede previste dovranno essere valutate per gli item A entro il 28.2.2018 e trasmesse all'Ufficio Relazioni Sindacali entro il 10.3.2018.
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 2018.
La mancata trasmissione delle relazioni suddette comporta una decurtazione del punteggio finale pari al massimo al 10% del totale ottenuto.

Sede e Data negoziazione Firma Responsabile

Foligno 16.1.2017 Timbro e Firma Direzione



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA

Responsabile Dr.Luciano Bisscarini

Anno 2017

			F: OBJETTIVI FI QUALITÀ E ACCREDITAMEN	mo			
	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RAN	IGE	PESC
	UBIETHVI	AZIONI	IMDICATORI	NEGOZIATO	MIN	MAX	PESI
Fla	Proseguimento percorso SGQ per Accreditamento nelle SC Medicina Generale e di Urgenza di Orvieto	Completamento del SGQ definito e formalizzazione domanda di accreditamento	Redazione delle procedure previste	100%			2
F1b	Completamento percorso SGQ per Accreditamento SC Gastroenterologia Ospedale di Foligno	Completamento del SGQ definito	Redazione delle procedure previste	100%			2
Fic	Avvio percorso SGQ per Accreditamento nella Gastroenterologia Osp. Orvieto	Costituzione gruppo di lavoro aziendale 2) Analisi e contestualizzazione a livello aziendale del PDTA regionale 3) Implementazione	Redazione delle procedure previste	100%			2
Fld	Avvio percorso SGQ per Accreditamento nella SC Medicina di Foligno	Costituzione gruppo di lavoro aziendale 2) Analisi e contestualizzazione a livello aziendale del PDTA regionale 3) Implementazione	Redazione delle procedure previste	- 100%			1
Fle	Percorso BPCO	Applicazione PDTA definito	Aderenza a procedura aziendale	100%			1
FIF	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 tipologia di pazienti	Attuazione dei PDTA delle Patologie Tempo dipendenti: - ICTUS	Applicazione PDTA recepiti a livello aziendale	100%			1
Fig	Partecipazione a indagine qualità percepita	Collaborare nella distribuzione e raccolta del questionario di qualità percepita aziendale	Distribuzione e raccolta del questionario di qualità percepita aziendale	100%			1
					PESO	OBIETTIVI FI	10



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA

Responsabile Dr.Luciano Bisscarini

Anno 2017

			F: OBTETTIVI F2 RISCHIO CLINICO				
	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RANGE		PESO
	<i>D01E1711</i> 11	AZION	2ADJCATOR1	NEGOZIATO	MIN	MAX	resi
F2a		Realizzazione di almeno 1 Safety Walk Round (SWR) in una struttura afferente	Report SWR trasmesso alla Direzione aziendale	entro dic 2017			1
	eventi evitati, superamento delle barriere alla segnalazione Riduzione del rischio di infezioni correlate all'assistenza	Riunione dipartimentale sull'argomento incident reporting	Riunione documentata (verbale + foglio firma)	Entro aprile 2017			1
F2e		Applicazione della PG Gestione degli eventi avversi ed incident reporting nelle strutture afferenti	N° schede Segnalazione di eventi avversi o quasi eventi compilate e trasmesse al servizio GRC/anno	Entro dicembre 2017			1
		Implementazione e monitoraggio della PG * Igiene delle mani*	Questionari Framework OMS compilati per tutte le struttureafferenti e trasmessi al servizio GRC	Entro giugno 2017 (1° valutazione) Entro Dicembre 2017			13
F2e		Compilazione questionario Framework OMS e individuazione di aree di miglioramento	Servizio GRO	(2° valut.)			1
			<u>'</u>		PESO O	BIETTIVI F2	5
	Sede e Data negoziazione	Firma Responsabile					
	Foligno 16.1.201	7 Timbro e Firma Direzione	100				



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA

Responsabile Dr.Luciano Bisscarini

Anno 2017

	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RAI	VGE	PES
	obil nam	2210112		NEGOZIATO	MIN	MAX	
F3a		Rispetto tetto di budget	Valore economico	10.631.499,80	10.960.309,07	10.631.499,80	1
F3b		Ridurre il consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi)	Allineamento al valore di riferimento dell'indicatore MES C9 C9.1 Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi)	<u><</u> 21	< 29	<u><2</u> 1	1
F3c	Promuovere l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica finalizzata alla sicurezze delle cure e all'efficiente utilizzo delle risorse Puntuale com AIFA Ridurre la spe oncologici Promozione d'appropriatezza	Ridurre il consumo degli antibiotici nei reparti	Allineamento al valore di riferimento dell'indicatore MES C9. C9.12 Consumo degli antibiotici nei reparti	≤0,36	< 1,00	<u><</u> 0,36	1
F3d		Utilizzo della procedura informatica per la redazione di piani terapeutici per i trattamenti delle patologie reumatologiche	Numero prescrizioni informatizzate su numero totale prescrizioni	100%	98%	100%	1
F3e		Utilizzo appropriato biosimilari (eritropoletine e fattori di crescita) secondo indicazioni Regionali e Aziendali	% di prescrizione biosimilari nei pazienti NAIVE su totale pazienti trattati	100%	98%	100%	1
F3f		Prescrizione degli Antiblastici nel rispetto dei protocolli inseriti nel LOG80	Numero richiete appropriate/numero richieste effettuale	100%	98%	100%	1
F3g		Puntuale compilazione e chiusura registri AIFA	Numero prescrizioni con i registri AIFA compilati tempestivamente/numerototali prescrizioni con i registri AIFA	100%	98%	100%	1
F3h		Ridurre la spesa media per i farmaci oncologici	Allineamento al valore di riferimento dell'indicatore MES F10.2 F10.2.1b Spesa Media per Farmaci Oncologici	<u>< 4</u> 000	≤5,000	≤4 000	1
F3i		Ridurre il consumo del sartani	Allineamento al valore di riferimento dell'indicatore MES C9. C9.3 Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (Anti-ipertensivi)	< 26	< 30	< 26	1
F31		Promozione di incontri con il DAF per l'appropriatezza prescrittiva con analisi dei dati di spesa e di prescrizione.	Numero di incontri/anno	almeno 2 incontri anno			1
		<i>t</i>			PESO	O OBIETTIVI F3	10



Foligno 16.1.2017 Timbro e Firma Direzione



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA

Responsabile Dr.Luciano Bisscarini

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

	OBJETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RANGE		PESO
	UBACTITES	AZIUN		NEGOZIATO	MIN	MAX	
G2n	dal Piano triennale prevenzione della corruzione e Trasparenza dell'ASL Umbria 2	Invio alle scadenze previste dei dati,	Soddisfacimento % di adempimenti.	100%			2
G2b		documenti, informazioni da pubblicare	Reportistica annuale sugli adempimenti eseguiti	100%			1
G2c	Aggiornamento nomine incaricati del trattamento dei dati ex D.L.gs. 196/03	Redazione lettere incaricati	% nomine effettuate tempestivamente e relativo report (elenco nomi) da inviare al Servizio competente	100%			2

Sede e Data negoziazione Firma Responsabile Sono-

	3		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA				
	USLUmbria2	UFFICIO DI PIANO - CON	DIREZIONE AZIENDALE TROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITI	CA E RENDICON	TAZIONE DATI D	I GESTIONE	
		DIPARTIMENTO M	ATERNO INFANTILE				
		Responsabile Dr.s	ssa Elisabetta Cortis				
		Anne	2017		Nr.		
		PIANO DEG	LI OBIETTIVI				
		A: QBYETTIVI PER LA GESTIONE E RENDIC	ONTAZIONE DELLE RIGORSE E DI LEQUILIBRIO	ЕСОКОМІСО			
	OBIETTIVI	AZTONI	INDICATORI	VALORE	RAN	G#	- PESO
				NEGOZIATO	MEN	MAX	
concribe e Analidea	Garantire il corretto utilizzo delle risorse con garanzia della coretta alimentazione della contabilità analitica per quanto di pertinenza	Corretta alimentazione contabilità analitica nel rispetto della procedura aziendale	Controllo del budget operativo trasmesso con cadenza trimestrale e controllo della fornitura di beni e servizi anche rapportandosi con i DEC	100%			2
2	1				PESO OBIETTIV	/I ECONOMIC	1 2

1





DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Responsabile Dr.ssa Elisabetta Cortis

Anno 2017

	OBJETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RAN	GE .	PESO
				NEGOZIATO	МІЛ	MAX	
Bla		Chiusura SDO entro 15 gg. dalla dimissione	ŠDO chiuse/Totale dimessi	98%	98%	100%	2
Bih		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% B) 2,5% Dicembre 2016			2
Blc	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	Controllo sistematico caistica 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 con riduzione del 10% dei DRG LEA potenzialmente inappropriati rispetto al 2016 o in linea con le percentuali definite a livello regionale	100%	98%	100%	2
Bld		Pieno uilizzo cartella clinica informatizzata	Uttilizzo 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
BZa	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	Corretta tenuta dei flussi di governo (STS, FLS) nel rispetto della procedura aziendale di riferimento, attraverso la puntuale, tempestiva, perfinente e corretta registrazione dei dati per la copertura quantiativa e qalitativa dei dati con soddisfazione del debito informativo NSIS	Trasmissione dei flussi nel rispetto delle modalità, della completezza, della qualità, delle scadenza previste dalle disposizioni nazionali e regionali in aderenza alla procedura aziendale	100% (NC = 0)	95%	100%	2



	- 4-		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
	USLUmbria2	UFFICIO DI PIANO - CONT	DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
		DIPARTIMENTO MA	ATERNO INFANTILE	90				
		Responsabile Dr.ss	sa Elisabetta Cortis					
		Anno	2017					
		PIANO DEGI	I OBIETTIVI					
B2h	parte del Servizi Consultoriali nel SW specifico con alimentazione dei rispettivi flussi	Corretta alimentazione dei sistemi gestionali di perfinenza nel rispetto delle indicazioni formative/informative e produzione della reportistica specifica su format definito per i Consultori	Trasmissione reportistica richiesta al controllo di gestione su base trimsetrale, su fornat prestabilto, entro 30 giorni dalla chiusura del trimestre	100%	98%	100%	2	
	1.		RI .	PESO OF	BIETTIVI FLUSS	INFORMATIVI	12	





DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Responsabile Dr.ssa Elisabetta Cortis

Anno 2017

	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE			PESC	
				NEGOZIATO	MIN	MAX	FES	
C1:	Migliorare e qualificare le modalità organizzative ed erogative nella gestione dell'offerta delle prestazioni ambulatoriali per garantire: - il mantenimento di adeguati e appropriati livelli dell'offerta rispetto alla domanda, - il contenimento dei tempi di attesa, - l'efficienza organizzativa dei sistema, - l'equità di accesso ai servizi ambulatoriali in aderenza alla DGR 498/2016 e della Delibera del Direttore Generale 664/2016	Definizione volumi di attività prestazioni ambulatoriali	Rispetto dei volumi di attività offerti a CUP per le prestazioni istituzionali (comprese quelle domiciliari laddove previsto). Tale tetto determina anche il volume massimo di prestazioni ALPI per la struttura che deve essere inferiore.	38.000	37.000	38.000	1	
CH		Monitoraggio erogazione delle prestazioni	Percentuale di prestazioni prenotate sul totale delle prestazioni erogate al netto delle prestazioni per cui è prevista l'accettazione	85%	80%	100%	1	
Clc		Monitoraggio tempi di attesa delle prestazion RAO e delle prestazioni non RAO	% di prestazioni erogate nei tempi previsti per i RAO (RAO U=3gg; B= 10gg, D=30/60gg; P=360 gg) e per i non RAO (30 gg)	90%	85%	100%	1	
Сы		Validazione dell'erogato nei servizi con monitoraggio della concordanza RAO, per le prestazioni che lo prevedono, nel rispetto della procedura aziendale	% di validazione dell'erogato e della rilevazione della concordanza RAO per le prestazioni che lo prevedono	100% (NC = 0)	95%	100%	2	
Cle		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	
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/PLS	N. richieste prestazioni dematerializzate / N. richieste totale	100%	80%	100%	2	
СЗа	organizzative ed erogative nella gestione	secondo livello per lo screning oncologico	Completamento percorsi di secondo livello con prenotazione in Demetra e registrazione a CUP	100%			1	
СЗЬ	dell'offerta delle prestazioni di secondo livello per lo screening		Percentuali di prestazioni erogate entro i 30 99	85%	80%	100%	1	





DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

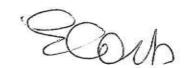
Responsabile Dr.ssa Elisabetta Cortis

Anno 2017

	OBJETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RANGE	PESO.
	T			NEGOZIATO	MEN MAX	
DI	Promuovere la riorganizzazione e la razionalizzazione dei servizi ospedalieri in aderenza alle linee di indirzzo regionali DGR 212/2016) e alla programmazione aziendale (Delibera del Direttore Generale) per: - efficientare il sistema della rete ospedaliera - assicurare percorsi di presa in carico dei pazienti efficaci ed appropriati	Sviluppo e realizzazione delle attività di riorganizzazione dell'offerta ospedalera del Diaprttimento previste nella Delibera del Direttore Generale	Rispetto degli impegni del cronoprogramma	100%		2
D2	Promuovere l'ottimizzazione di utilizzo nella gestione dell'OBI al fine di ridurre le inappropriatezze dei ricoveri ordinari in aderenza alla DGR 389/2016 e dalla Delibera del Direttore Generale n. 675/2016.	Piena attivazione dei posti letto tecnici di OBI specialistica come disegnati in Delibera	N. posti letti tecnici attivati/ n. posti letti previsti	100%		2









DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Responsabile Dr.ssa Elisabetta Cortis

		PIANO DEGL	I OBIETTIVI				
D4a	territorio - ospedale anche attraverso incontri periodici fra Distretto e Ospedale	Attivazione percorso dimissione protette informatizzato in Atl@nte come da progetto regionale: - Utlizzo modulo InterRAI (Contact Assesment) per la gestione dell'assistenza domiciliare	N° gestioni informatizzate da parle dei reparti/ n. richieste totali	100%	98%	100%	
D46	coinvolgendo le figure interessate al confronto (medici, infermieri) per migliorare e favorire l'integrazione	Attivazione percorso dimissione protette informatizzato in Atl@nte come da progetto regionale: - Utlizzo modulo InterRAI PC (Palliative Care) per la gestione delle Cure palliative	N° gestioni informatizzate da parte dei reparti/ n. richieste totali	100%	98%	100%	
D5a	e dei turni di servizio in maniera omogenea rispetto al carico assistenziale e agli orari di	Definzione degli orari dei servizi anche attraverso l'elaborazione di proposte di aggregazione di servizi su base distrettuale o	Presentazione dell'elaborazione della turnistica di servizio e/o di turnistica unificata entro il 28.2.2017	100%			
D5b		interdistrettuale mediante l'elaborazione di turnistica di servizio e/o di turnistica unificata	Numero turni presentati su base mensile/numero turni previsti dalla proprosta validata	100%			
D6s	Promuovre 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	
D68		Rispetto dell'orario della programmazione operatoria	Percentuale interventi programmati in anestesia spinale con inizio (incisione chirurgica) alle 8.45 e interventi programmati in anestesia generale con inizio (incisione chirurgica) alle 8.30	90%	85%	90%	000
D7a		Corretta alimentazione, gestione ed evasione delle lista di attesa per gli interventi chirurgici	Percentuale di pazienti inseriti in lista di attesa congrui con la classe di priorità della griglia	90%	85%	90%	
D7b	ed erogative per la gestione dell'offerta delle prestazioni chirurgiche di ricovero e il contenimento dei tempi di attesa nel rispetto della procedura aziendale di riferimento	in regime di ricovero: - Monitoraggio della concordanza dell'appropriatezza prescrittiva nel rispetto	Controllo periodico della lista di attesa per tutti i casi che superano il tempo di attesa previsti	100%			
D7c			Percentuale dii concordanza fra il numero di pazienti operati in maniera programmata (già inseriti in lista di atlesa) e il numero di pazienti evasi dalla lista	100%			
D8:1			Realizzazione sulla strutturazione degli spazi dedicati entro 30.4.2017	100%			



z	%0	N. consulenze effettuatel N. consulenze nchieste		prestazioni e degli intereventi per la tutela della salute degli adolescenti		
		OBIELLINI	LIVNO DECITI			
		21107	onnA			
		sinoD ethedesil3	ess.10 əlidəsnoqsəA			
		LEBNO INEVALIUE	DIFARTIMENTO MA			
	ENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE	OFFO DI GESTIONE CONTABILITA, ANALITICA E RI DIREZIONE AZIENDALE	UFFICIO DI PIANO - CONTR	SeindmUJZU		
		SCHEDA OBIETITIVI AIRATINAS ABRA				

8



PESO OBJETTIVI ORGANIZZATIVI

USL UMBRIIA2



DIREZIONE AZIENDALE

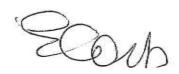
UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Responsabile Dr.ssa Elisabetta Cortis

Anno 2017

			E: OBJETTIVE DEATTIVETA				
	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RA	NGE	PES
	T			NEGOZIATO	MIN	MAX	
EI	Migliorare e qualificare l'offerta e l'erogazione delle prestazioni mediche 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 degli obiettivi (Patto per la Salute, MeS, indicazioni regionali, strategia aziendale) per promuovere la qualità degli interventi assistenziali Promuovere l'erogazione delle prestazioni in condizioni di appropriatezza, efficacia, ifficienza, qualità, sicurezza garantendo le prestazioni solo nelle strutture che ispettano i valori soglia dei volumi e di ischio Garantire la sorveglianza delle malattie rare a loro presa in carico attraverso la corretta	Definizione volumi di attività prestazioni di ricovero per acuti	Volume dimessi: numero ricoveri	9.100	8.970	9.100	1
E2a	Raggiungimento degli obiettivi (Patto per la	Raggiungimento risultato fissato per gli obiettivi di interesse per strutture chirurgiche - C4 - Appropriatezza Chirurgica	C4.7 - DRG LEA chirurgici - Percentuale ricoveri in Day Surgery	> 75	66,0%	> 75	1
E2b	aziendale) per promuovere l'efficacia e l'efficienza degli interventi assistenziali in	Efficienza pre-operatoria - C3	C3.5 Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati	<1	1	<1	1
E2c	ambito chirurgico	Controllo approrpiatezza durata ricoveri ordinari	Percentuale di DRG con Degenza media oltre soglia	<1	୩୬	<1	1
E3	Raggiungimento degli obiettivi (Patto per la Salute, MeS, indicazioni regionali, strategia aziendale) per promuovere la qualità degli linterventi assistenziali	Valutazione dimissione volontarie dai reparti	D18 % dimissioni volontarie	< 0,35	0,7%	< 0,35	2
E4n	Promuovere l'erogazione delle prestazioni in condizioni di appropriatezza, efficacia,	Rispetto delle soglie minime dei volumi di attività	Rispetto dei volumi per la tipologia di PN	100%			2
E4b	prestazioni solo nelle strutture che rispettano i valori soglia dei volumi e di	Rispetto delle soglie di rischio ed esito	Percentuale di TC per tipologia di PN	100%			1
E4c	ondizioni di appropriatezza, efficacia, fficienza, qualità, sicurezza garantendo le restazioni solo nelle strutture che spettano i valori soglia dei volumi e di schio	Monitoraggio indici di Robson per il Taglio Cesareo	Valutazione aderenza agli indici	100%			1
E5	Garantire la sorveglianza delle malattie rare e la loro presa in carico attraverso la corretta gestione del Registro		N. inserimento registrazioni /n. certificazioni rilasciate	100%	90%	100%	শ





DIREZIONE AZIENDALE

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

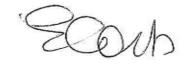
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Responsabile Dr.ssa Elisabetta Cortis

Anno 2017 PIANO DEGLI OBIETTIVI < 25 x PN con 1.000 parti E6a C7.1 % cesarei depurati (NTSV) 2 < 15 x PN con 500 parti E6b. €7.3 % episiotomia depurate (NTSV) <15 <30 <15 2 Raggiungimento degli obiettivi (Patto per la Raggiungimento risultato fissato per gli Salute, MeS, indicazioni regionali, strategia obiettivi di interesse per strutture dell'area E6c aziendale) per promuovere l'efficacia e C17.4.1 % ricoveri sopra soglia per parti >95 > 90% >95 1 meterno infantile l'efficienza degli interventi assistenziali in C7 - Materno- infantile ambito materno infantile C17.4.2 Indice di dispersione della casistica Eod <15 <30 <15 1 in stabilimenti sotto soglia per parti C7.6 % di parti operativi (uso di forcipe o E6c <2.5 <5 <2,5 1 ventosa) Rispetto programma aziendale per la parto-E7a % parti in analgesia 30% 20% 30% 1 analgesia Promuovere l'appropriatezza, l'efficacia, Attivazione della raccolta del sangue l'efficienza, la qualità, la sicurezza ed equità cordonale in tutti i punti nascita della Regione delle cure mediante la promozione di specifiche Reportistica semestrale sul numero delle E7b 100% iniziative di sensibilizzazione e formazione donazioni eterologhe del personale sanitario afferenti i servizi

PESO OBIETTIVI DI ATTIVITA'

20



interessati



DIREZIONE AZIENDALE

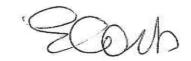
UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Responsabile Dr.ssa Elisabetta Cortis

Anno 2017

	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RAI	YGE	PES
				NEGOZIATO	MIN	MAX	,,,,,
	Promuovere la gestione di qualità delle attività delle strutture e dei servizi attraverso	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Qualità e Accreditamento	struttura con il Servizio Qualità e				
FI attività de il conseguerificazi SGQ per conformit Accredita ISO Promuove della gest identificat adeguate strategici Garantire dei beni s Promuove	SGQ per assicurare gli standard e i livelli di	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obietlivi previsti	100%	90%	100%	10
	conformità previsti dalle norme di Accreditamento istituzionale e dalle norme ISO	Conseguimento obiettivi negoziati					
	Promuovere la cultura del risk management e	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Rischio Clinico	la			100%	5
F2	della gestione del rischio clinico al fine di identificare i potenziali rischi e le risposte adeguate perseguendo obiettivi aziendali	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget		100%	90%		
F2 id	strategici ben delineati.	Conseguimento obiettivi negoziati					
		Strutturazione del programma specifico e dei tetti di spesa per la struttura con il Dipartimento di Assistenza Farmaceutica			1		
F3	dei beni sanitari per le strutture di pertinenza Promuovere il miglioramento delll'appropriatezza prescrittiva ed	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget		100%	90%	100%	10
F3 Promuo delll'app		Conseguimento obiettivi negoziati			1		





DIREZIONE AZIENDALE

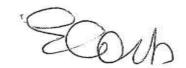
UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE

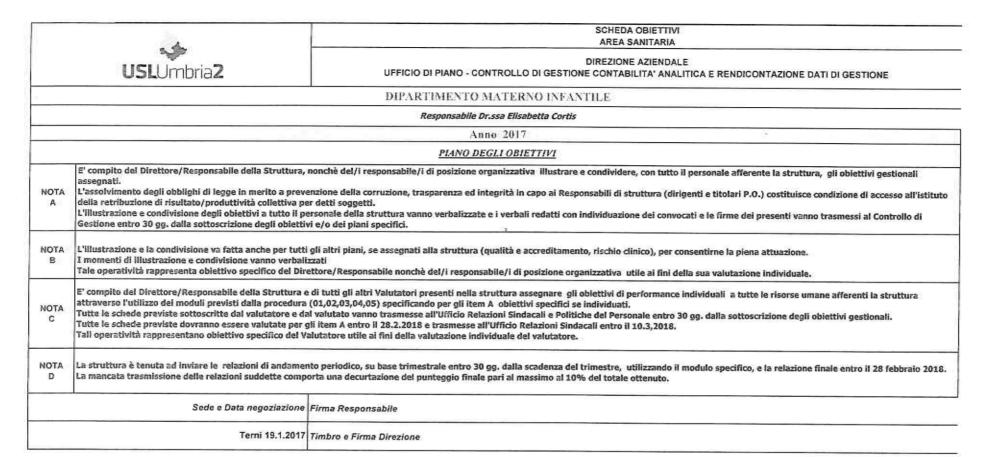
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

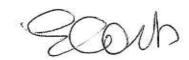
Responsabile Dr.ssa Elisabetta Cortis

Anno 2017

	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RA	NGE	
		7207	muzca, one	NEGOZIATO	MEN	MAX	PESC
		Mappatura processi e individuazione attività di rischio per la struttura con l'ufficio Prevenzione Corruzione	•				
GE	Attuazione delle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2016-2018	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	negoziati mma specifico per esabile	100%			3
		Conseguimento obiettivi negoziati					
	Alternational deliberations and determined	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Responsabile Amministrazione Trasparente					
672	Attuazione dellle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale per l'Integrità e la Trasparenza	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%			3
		Conseguimento obiettivi negoziati					
				PESO OBIETTIV	I PIANI ATTUAT	IVI AZIENDALI	6









DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Responsabile Dr.ssa Elisabetta Cortis

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

			F: OBJETTIVI F1 QUALITA E ACCREDITAM	ENTO		
	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RANGE	
				NEGOZIATO	MIN MAX	
Fla	Completamento percorso SGQ per accreditamento nelle SC Ostetricia e Ginecologia del PO di Spoleto e di Orvieto	Completamento del SGQ definito	Redazione delle procedure previste	100%		
Fib	Completamento percorso SGQ per accreditamento SC Pediatria PO di Spoleto e Orvieto	Completamento del SGQ definito	Redazione delle procedure previste	100%		
Fic	Accreditamento SC Pediatria PO di Foligno	Applicazione del SGQ definito	Superamento verifica	100%		
Fid	Corretta applicazione check-list sicurezza in sala operatoria	Corretto utilizzo della check-list Rev. 00 del 10/12/2015	Corretto utilizzo per tutti i pazienti	100%		
Fle	Mantenimento del SGQ nelle strutture accreditate e certificate SC Ostetricia e Ginecologia del PO di Foligno	Applicazione del SGQ definito	Applicazione delle procedure previste	100%		
FII	Partecipazione a Indagine qualità percepita	Collaborare nella distribuzione e raccolta del questionario di qualità percepita aziendale	Distribuzione e raccolta del questionario di qualità percepita aziendale	100%		
			ı		PESO OBIETTIVI FI	
	Sede e Data negoziazione	Firma Responsabile				_
	Terni 19 1 2017	Timbro e Firma Direzione				_

Soup



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Responsabile Dr.ssa Elisabetta Cortis

Anno 2017

			PIANO DEGLI OBIETTIVI			
			P. OBJETTIVI F2 RISCHIO-CLINICO			
	OBIETTIVI	AZTONI	INDICATORI	VALORE	RANGE	PES
				NEGOZIATO	MIN MAX	
F2a		Realizzazione di almeno 1 Safety Walk Round (SWR) in una struttura afferente	Report SWR trasmesso alla Direzione aziendale	entro dic 2017		1
F2h	Consolidamento del sistema locale di incident reporting: sensibilizzazione alla segnalazione degli eventi avversi e degli eventi evitati, superamento delle barriere alla segnalazione	Riunione dipartimentale sull'argomento incident reporting	Riunione documentata (verbale + foglio firma)	Entro aprile 2017		1
F2c		Applicazione della PG Gestione degli eventi avversi ed incident reporting nelle strutture afferenti	N° schede Segnalazione di eventi avversi o quasi eventi compilate e trasmesse al servizio GRC/anno	Entro dicembre 2017		1
F2d	Riduzione del rischio di infezioni correlate all'assistenza	Implementazione e monitoraggio della PG * Igiene delle mani*	Questionari Framework OMS compilati per tutte le struttureafferenti e trasmessi al servizio GRC	Entro giugno 2017(1° valutazione) Entro Dicembre		1
1 ² 2e		Compilazione questionario Framework OMS e individuazione di aree di miglioramento	Servizio GRC	2017 (2° valut.)		1
					PESO OBIETTIVI F	2 5
	Sede e Data negoziazione	Firma Responsabile				
	Terni 19.1.201	Timbro e Firma Direzione				





DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Responsabile Dr.ssa Elisabetta Cortis

Anno 2017

	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATOR1	VALORE	RAN	GE	PES
				NEGOZIATO	MIN	MAX	res
F3a		Rispetto tetto di budget	Valore economico	1.069.497,81	1.102.575,06	1.069.497,81	2
F36		Aumentare il numero di segnalazioni ADR di farmaci e vaccini	Incremento di almeno il 30% rispetto al numero di segnalazioni effettuate nel 2016	100%	90%	100%	1
F3e	Promuovere l'appropriatezza prescrittiva	Ridurre il consumo degli antibiolici in età pediatrica nei reparti	Allineamento al valore di riferimento dell'indicatore MES C9. C9.12 Consumo degli antibiotici nei reparti	<u><</u> 0,36	< 1,00	<u><</u> 0,36	্র
F3d	Promuovere l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica finalizzata alla sicurezze de cure e all'efficiente utilizzo delle risorse	Predisposizione di tutti i capitolati di gara di competenza in collaborazione con il DAF	Numero capitolati predisposti /Numero di capitolati da predisporre	100%	90%	100%	2
F3e		Utilizzo richiesta unica motivata per antibioticoterapia e albumine	Numero richieste motivate numero/richieste previste	Tutte	100%	90%	3
F3f		Limitazione dell'utilizzo dei prodotti esclusivi	Numero di prodotti esclusivi utilizzati/numero totale prodotti utilizzati	100%	90%	100%	1
F3g		Promozione di incontri con il DAF per l'appropriatezza prescrittiva con analisi dei dati di spesa e di prescrizione.	Numero di incontri/anno	almeno 2 incontri anno			2
					PESO	OBIETTIVI F3	10



DIREZIONE AZIENDALE

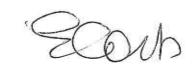
UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Responsabile Dr.ssa Elisabetta Cortis

Anno 2017

					_			
				G: OBIETTIVI GI PREVENZIONE CORRUZION	re i			
		OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RA	NGE	PESO.
		T			NEGOZIATO	MIN	MAX	PESO
ni Attuntivi	GIa	Prevenire fenomeni corruttivi	Alfuazione e Rispetto delle misure di prevenzione previste nella mappature dei processi di cui al PTPCT in vigenza (vedi colonna intitolata misure di sicurezza associate)	Si rinvia all'indicatore di cui alla mappatura dei processi (vedi colonna intitolata indicatore).	100%			2
Piuni	G1h		Formazione specifica	Partecipazione a corsi di formazione in materia di prevenzione della corruzione	100%		10.1	1
					ja ja	PESO	O OBIETTIVI GI	3
		Sede e Data negoziazione	Firma Responsabile					
		Terni 19.1.2017	Timbro e Firma Direzione					





DIREZIONE AZIENDALE

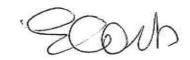
UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE.

Responsabile Dr.ssa Elisabetta Cortis

Anno 2017

				G: OBIETTIVI GZ TRASPARENZA				
		OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RAI	IGE	
	dal Piar corruzio triennio				NEGOZIATO	MIN	MAX	PESO.
		Puntuale adempimento di quanto previsto dal Piano triennale prevenzione della	Invio alle scadenze previste dei dati,	Soddisfacimento % di adempimenti.	100%			1
Final Attentive	G2b	corruzione e Trasparenza dell'ASL Umbria 2 - o triennio 2017/2019	document, irridimazioni da pubblicare	Reportistica annuale sugli adempimenti eseguiti	100%			1
	G2c	Aggiornamento nomine incaricati del trattamento dei dati ex D.L.gs. 196/03	Redazione lettere incaricati	% nomine effettuate tempestivamente e relativo report (elenco nomi) da inviare al Servizio competente	100%			11
					-I	PESO	OBIETTIVI G2	3
		Sede e Data negoziazione	Firma Responsabile					
		Terni 19.1.2017	Timbro e Firma Direzione					





DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE

Responsabile Dr. Mauro Zampolini

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

	GBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RA	NGE	PESO
	90127779	ALIUM	DiDicaron	NEGOZIATO	MIN	MAX	
AI	Garantire il corretto utilizzo delle risorse con garanzia della coretta alimentazione della contabilità analitica per quanto di pertinenza	Corretta alimentazione contabilità analitica nel rispetto della procedura aziendale	Controllo del budget operativo trasmesso con cadenza trimestrale e controllo della fornitura di beni e servizi anche rapportandosi con i DEC	100%			2

1

to ale



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE

Responsabile Dr. Mauro Zampolini

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

	GBIFTTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RAI	IGE	PESO
	GBIEIZIVI	AZION	INDICATORI	NEGOZIATO	MIN	MAX	7250
Bla		Chiusura SDO entro 15 gg. dalla dimissione	SDO chiuse/Totale dimessi	98%	98%	100%	2
B1b	Migliorare la qualità delle informazioni	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% B) 2,5% Dicembre 2016			2
Blc		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%	98%	100%	2
Bid	Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati con alimentazione de flussi informativi di governo NSIS e la corretta e completa registrazione dei dati da parte dei Servizi Territoriali nel SW specific con alimentazione dei rispettivi flussi	Pieno uilizzo cartella clinica informatizzata	Uttilizzo 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
B2a		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 quantiativa e qalitativa dei dati con soddisfazione del debito informativo NSIS	Trasmissione dei flussi nel rispetto delle modalità, della completezza, della qualità, delle scadenza previste dalle disposizioni nazionali e regionali in aderenza alla procedura aziendale	100% (NC = 0)	95%	100%	2
В2Б		Alimentazione del sistema Atl@nte (puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione del dati) per il flusso SIAD	% di registrazione delle attività domicliare per il debito informativo SIAD % di registrazione delle attività prestazionali ambulatoriali	100%	98%	100%	4

Continue My

PESO OBIETTIVI FLUSSI INFORMATIVI



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE

Responsabile Dr. Mauro Zampolini

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

	OBJETTIVE D					

	OBIETTIVI	AZTONI	INDICATORI	VALORE	84.000 80% 85%	NGE	PESO
	06/27/19/	AZIONZ	BNIZCATORI	NEGOZIATO	MIN	MAX	rest
Cla	_Migliorare e qualificare le modalità	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.	85.000	84.000	85.000	f
СП	organizzative ed erogative nella gestione dell'offerta delle prestazioni ambulatoriali pe garantire:	r Monitoraggio erogazione delle prestazioni	Percentuale di prestazioni prenotate sul totale delle prestazioni erogate al netto delle prestazioni per cui è prevista l'accettazione	85%	80%	100%	18
Cle	il mantenimento di adeguati e appropriati ivelli dell'offerta rispetto alla domanda, il contenimento dei tempi di attesa, l'efficienza organizzativa del sistema, l'equità di accesso ai servizi ambulatoriali	Monitoraggio tempi di attesa delle prestazioni RAO e delle prestazioni non RAO	% di prestazioni erogate nei tempi previsti per i RAO (RAO U=3gg; B= 10gg, D=30/60gg; P=360 gg) e per i non RAO (30 gg)	90%	85%	100%	1
Cid	in aderenza alla DGR 498/2016 e della Delibera del Direttore Generale 664/2016	Validazione dell'erogato nei servizi con monitoraggio della concordanza RAO, per le prestazioni che lo prevedono, nel rispetto della procedura aziendale	% di validazione dell'erogato e della rilevazione della concordanza RAO per le prestazioni che lo prevedono	100% (NC = 0)	95%	100%	1.
Cle		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
c	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/PLS	N. richieste prestazioni dematerializzate / N. richieste totale	100%	80%	100%	10
			L	9	PESO OBIETTIV	LISTE ATTESA	6

+ My



DIREZIONE AZIENDALE

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

D: ORTETTIVI ORGANIZZATIVI

DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE

Responsabile Dr. Mauro Zampolini

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RAI	RANGE	
	, J.	22010	<i>Januarion</i>	NEGOZIATO	MIN	MAX	PESO
DI	Promuovere la riorganizzazione e la razionalizzazione dei servizi ospedalieri in aderenza alle linee di indirzzo regionali DGR 212/2016) e alla programmazione aziendale (Delibera del Direttore Generale) per: - efficientare il sistema della rete ospedaliera - assicurare percorsi di presa in carico dei pazienti efficaci ed appropriati	Sviluppo e realizzazione delle attività di riorganizzazione dell'offerta ospedalera del Dipartimento previste nella Delibera del Direttore Generale.	Rispetto degli impegni del cronoprogramma	100%			4
D2	Promuovere l'ottimizzazione di utilizzo nella gestione dell'OBI al fine di ridurre le inappropriatezze dei ricoveri ordinari in aderenza alla DGR 389/2016 e dalla Delibera del Direttore Generale n. 675/2016.	Piena attivazione dei posti letto tecnici di OBI specialistica come disegnati in Delibera	N. posti letti tecnici attivati/ n. posti letti previsti	100%			2

A My



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE

Responsabile Dr. Mauro Zampolini

		PIANO DEGI	LI OBIETTIVI				
D3	Promuovere la riorganizzazione dei servizi di afferenza del Dipartimento in collaborazione con i Presidi Ospedalieri e i Distretti al fine di garantire uniformità di accesso ai servizi nelle diverse strutture dipartimentali	Implementare riunioni dipartimentali con la parlecipazione attiva dei Direttori di Presidio e dei Direttori di Distretto , almeno 1 a trimestre su: -Discussione di procedure e protocolli aziendali - Semplificazione/integrazione organizzativa dei servizi gestili volte a ridurre le UU.OO., semplificare il percorso del paziente, flessibilizzare i servizi in relazione alla domanda, ridurre il personale necessario o quantomeno contenere le richieste di sostituzione nei limiti imposti dalla normativa vigente utilizzando tutti gli strumenti contrattuali possibili Le riunioni sono obbligatorie e vanno documentate da verbali di riunioni da inviare alle Direzioni dei Presidi, alle Direzione di Distretto e alla Direzione Sanitaria	Numero di verbali inviati ai Presidi e alla Direzione Sanitaria /Numero riunioni effettuate	100%			332
D4a	territorio - ospedale anche attraverso incontri periodici fra Distretto e Ospedale coinvolgendo le figure interessate al confronto (medici, infermieri) per migliorare	Attivazione percorso dimissione protette informatizzato in Att@nte come da progetto regionale: - Utlizzo modulo InterRAI HC (Home Care) per la gestione dell'assistenza domiciliari	N° gestioni informalizzate da parte dei reparti/ n. richieste totali	100%	98%	100%	
D4b		Attivazione percorso dimissione protette informatizzato in Atl@nte come da progetto regionale: - Utlizzo modulo InterRAI PC (Palliative Care) per la gestione delle Cure palliative	N° gestioni informatizzate da parte dei reparti/ n. richieste totali	100%	98%	100%	
D5a	strutture al fine di articolare l'orario di lavoro	Definzione degli orari dei servizi anche attraverso l'elaborazione di proposte di aggregazione di servizi su base distrettuale o	Presentazione dell'elaborazione della turnistica di servizio e/o di turnistica unificata entro il 28.2.2017	100%			2000
D5b	rispetto al carico assistenziale e agli orari di attività	interdistrettuale mediante l'elaborazione di tumistica di servizio e/o di tumistica unificata	Numero turni presentati su base mensile/numero turni previsti dalla proprosta validata	100%			200

the My



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE

Responsabile Dr. Mauro Zampolini Anno 2017

		PIANO DEGI	LI OBIETTIVI			
D6	Promuovere l'Implementazione di progetti specifici per la qualificazione degli interventi riabilitalvi	Implementazione dei seguenti progetti: Rilancio del laboratorio per lo studio e il trattamento delle spasticità Utilizzo dell'esoscheleiro nella pratica quotdiana e come attività di ricerca Potenziamento del laboratorio per la riabilitazione dell'arto superiore Rilancio della teleriabilitazione Sviluppo della telecare Progetto delle disabilità per le nuove unità abitative per le aree terremotate	Relazione sullo stato di avvio delle progettualità entro 30.06.2017 e dello sviluppo degli stessi entro 31.1.2018	100%		5
D7n		Sviluppo dell'AFA nelle sue varie articolazioni come strategia di intervento delle cronicità con strutturazione dei percorsi per le attività AFA in aderenza alla DGR regionale 1603/2016	Organizzazione dei percorsi con definizione dei piani di lavoro e dell'offerta. Relazione entro 30.06.2017	100%		
D76		Promuovere il miglioramento della presa in carico dei pazienti in ADI Omogenizzazione degli interventi nei territori per l'attività riabilitativa in ADI con effettuazione di viste domiciliari in equipe (fisiatra/fisoterapista) anche ai fini dell'addestramento del care giver	Organizzazione dei percorsi con definizione dei piani di lavoro e dell'offerta . Relazione sullo sviluppo del progetto di riablitazione domicliare in ADI da presentare entro il 30.6.2017	100%		
D7c		Strutturazione dei percorsi riabilitativi per le patologie dell'età evolutiva in collaborazione con la NPI	Organizzazione dei percorsi con definizione dei piani di lavoro e dell'offerta Relazione da presentare entro il 30.6.2017	100%		
D7d		Promuovere il miglioramento dell'appropriatezza del ricovero riabilitativo in GCLA di pazienti provenienti da altri Ospedali sulla base delle informazioni cliniche trasmesse al Reparto su apposita modulistica e soggette a valutazione	Numero di pazienti (ricoverati o non ricoverati) valutatati per la richiesta di ricovero/ numero totale richieste pervenute da altri ospedali	100%		
D7e		Potenziamento degli ambulatori specialistici già attivati (spasticità, scoliosi, parkinson) integrandoli in modo efficiente con le altre articolazioni della struttura (RO + DH) per la presa in carico muldisciplinare	Relazione sull'organizzazione dei percorsi per la presa in carico multidisciplinare da presentare entro il 30.6.2017	100%		
D7f	Potenzialre e qualificare l'offerta delle prestazioni riabilitative con migloramento dell'appropriatezza, potenziamento della	Promuovere il miglioramento della presa in carico dei pazienti con disfagia ricoverati in riabilitazione	Numero pazienti con disfagia valutati nel rispetto delle indicazioni della procedura operatival numeri pazienti neurologici con disfagia ricoverati	100%		16

A LL



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE

Responsabile Dr. Mauro Zampolini

		privo nece	LOBIETTUI		
		PIANO DEGI	LI OBIETTIVI		
)7g	presa in canco riabilitativa e verifica e valutazione dei trattamenti effettuati	Promuovere il Percorso riabilitativo unico e il Progetto riabilitativo sulla persona al fine di calibrare l'intervento riabilitativo alle reali necessità del paziente	Relazione sullo sviluppo del Percorso riabilitativo unico e del Progetto riabilitativo sulla percsona e non semplicemente vincolato alle richieste di visite entro il 30.6.2017	100%	
07h		Strutturazione delle agende di secondo livello per la visita fisiatrica o neurologica post dimissione ospedaliera	Organizzazione dei percorsi e delle agende CUP con dedinizione dell'offerta	100%	
D7i		Strutturazione della valutazione di equipe (fisiatra e fisoterapista) nei reparti per acuti da parte delle strutture di riabilitazione intensiva	Relazione sullo sviluppo della valutazione di equipes entro 30.6.2017	100%	
D71		Strutturazione delle agende per le prime visite e per le visite di confrollo post ciclo di trattamento riabilitativo	Organizzazione dei percorsi e delle agende CUP con dedinizione dell'offerta	100%	
7an		Implementare le procedure e i percorsi riabilitativi ospedale-territorio per i pazienti acuti dimessi da reparti in particolare per gli ictus e gli esiti di fratture	Relazione sullo sviluppo delle procedure e dei percorsi riabilitativi ospedale-territorio per i pazienti acuti dimessi da reparti entro 30.6.2017	100%	
)7n		Promozione di incontri con le Unità Operalive ospedaliere per acuti per promuovere l'appropriatezza di rchiesta della valutazione fisiatrica	Numero di incontri/anno	almeno 2 incontri anno	mettere lo stesso obiettivo per io reparto acuti
D70		Promozione di incontri con i MMG e gli Specialisti Ambulatoriali per promuovere l'appropriatezza prescrittiva della valutazione fisiatrica e delle prestazioni fisioteraniche	Numero di incontri/anno	almeno 2 incontri anno	mettere lo stesso obiettivo per i distretti

16 Ser

PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE

Responsabile Dr. Mauro Zampolini

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

	L		a	ġ	Ü	E	ŕ	7	n	į		ι);		4	i	ŕ	'n	7	7	á	ŝ	
ì		8	÷		1	÷	÷		ě	8	-	3	9	٠	8	8		8	8	÷	3	8	Š

	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RAI	PESO	
	J		2020-000	NEGOZIATO	MIN	MAX	
E1	Migliorare e qualificare l'offerta e l'erogazione delle prestazioni mediche	ricovero per aculi	Volume, dimessi; numero ricoveri	1.800	1.774	1.800	1
E2n	Raggiungimento degli obiettivi (Patto per la	Raggiungimento risultato fissato per gli	C14.2 - Percentuale ricoveri in dh medico con finalità diagnostica	< 18,00	20,0%	< 18,00	2
E2b	Salute, MeS, indicazioni regionali, strategia Ra aziendale) per promuovere l'efficacia e		C14.3 - Percentuale ricoveri ordinari medici brevi	< 19,00	20,0%	< 19,00	į
E2c	ambito medico		C14.4 Percentuale ricoveri medici oltresoglia >= 65 anni	< 2	2,5%	< 2	;
E3a	Raggiungimento degli obiettivi (Patto per la	Valutazione dimissione volontarie dai reparti	D18 % dimissioni volontarie	< 0,35	0,7%	< 0,35	
E3b	Salute, MeS, indicazioni regionali, strategia aziendale) per promuovere la qualità degli interventi assistenziali	Controllo appropriatezza durata ricoveri ordinari	Degenza media ricoveri medici ordinari	< 7 gg.	9 gg.	< 7 gg.	
E4		Accettazione di soggetti con sequele motorie di ictus, elegibili da consulenza, entro otto giorni dalla data di dimissione	N prese in carico nei tempi stabiliti/ n. esami casi segnalati dalle strutture per acuti	90%	85%	90%	2

166



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE

Responsabile Dr. Mauro Zampolini

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

F. OBJETTIVE DE QUALITA, DE APPROPRIATEZZA E DE SICUREZZA DELLE CURE

vere la gestione di qualità delle lelle strutture e dei servizi attraverso guimento dell' accreditamento/della zione o l'avvio delle procedure per il r assicurare gli standard e i livelli di	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Qualità e Accreditamento Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla	INDICATORI	NEGOZIATO	MIN	MAX	PESO	
lelle strutture e dei servizi attraverso guimento dell' accreditamento/della zione o l'avvio delle procedure per il er assicurare gli standard e i livelli di	struttura con il Servizio Qualità e Accreditamento				iii ii		
zione o l'avvio delle procedure per il r assicurare gli standard e i livelli di	Sottoscrizione objettivi specifici allegati alla	ati alla			100%		
	scheda di budget	Obietlivi conseguiti/obietlivi previsti	100%	90%		10	
conformità previsti dalle norme di Accreditamento Istituzionale e dalle norme ISO	Conseguimento obiettivi negoziati						
Promuovere la cultura del risk management e della gestione del rischio clinico al fine di identificare i potenziali rischi e le risposte adeguate perseguendo obiettivi aziendali strategici ben delineati.	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Rischio Clinico	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%				
	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget			90%	100%	5	
	Conseguimento obiettivi negoziali						
Garantire la gestione appropriata nell'utilizzo dei beni sanitari per le strutture di pertinenza Promuovere il miglioramento delll'appropriatezza prescrittiva ed autorizzativa	Strutturazione del programma specifico e dei tetti di spesa per la struttura con il Dipartimento di Assistenza Farmaceutica		-				
	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obietlivi conseguiti/obietlivi previsti	100%	90%	100%	5	
	Conseguimento obiettivi negoziati						
san vere rop	itari per le strutture di pertinenza il miglioramento riatezza prescrittiva ed	gestione appropriata nell'utilizzo itari per le strutture di pertinenza il miglioramento riatezza prescrittiva ed Soltoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Dipartimento di Assistenza Farmaceutica Dipartimento di Assistenza Farmaceutica Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget Dipartimento di Assistenza Farmaceutica Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti scheda di budget	Dipartimento di Assistenza Farmaceutica il ari per le strutture di pertinenza il miglioramento riatezza prescrittiva ed Dipartimento di Assistenza Farmaceutica Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti 100%	Dipartimento di Assistenza Farmaceutica Dipartimento di Assistenza Farmaceutica Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget Dipartimento di Assistenza Farmaceutica Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti 100% 90%	Dipartimento di Assistenza Farmaceutica il ari per le strutture di pertinenza il miglioramento riatezza prescrittiva ed Dipartimento di Assistenza Farmaceutica Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti 100% 90% 100%	

1h Sm



DIREZIONE AZIENDALE

PESO OBIETTIVI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI

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

DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE

Responsabile Dr. Mauro Zampolini

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

	OBIETTIVI	AZTONI	INDICATORI	VALORE	RANGE		PESO	
	OBIETTIM	AZIONZ	BUBICATORI	NEGOZIATO	MIN	MAX		
		Mappatura processi e individuazione attività di rischio per la struttura con l'ufficio Prevenzione Corruzione						
G1	Attuazione delle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2016-2018	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%			5	
		Conseguimento obiettivi negoziati						
	Attuazione dellle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale per l'integrità e la Trasparenza	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Responsabile Amministrazione Trasparente						
G2		Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget		100%			5	
		Conseguimento obiettivi negoziati						

to the

10

100

PESO TOTALE



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE

Responsabile Dr. Mauro Zampolini

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

	E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura, nonchè del/i responsabile/i di posizione organizzativa illustrare e condividere, con tutto il personale afferente la struttura, gli obiettivi gestionali assegnati	
MOTA	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	1
NOTA	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.	П

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 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.

B I momenti di illustrazione e condivisione vanno verbalizzati

Tale operatività rappresenta obiettivo specifico del Direttore/Responsabile nonchè 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 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 valutator 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 28.2.2018 e trasmesse all'Ufficio Relazioni Sindacali entro il 10.3.2018.

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

NOTA

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 2018.

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

Sede e Data negoziazione Firma Responsabile

Foligno 18.1.2017 Timbro e Firma Direzione

1 the Sh



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE

Responsabile Dr. Mauro Zampolini

Anno 2017

			F OBJETTIVI FI QUALITA E ACCREDITAMEN	170				
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE	RANG	PESO		
	081277741	AE10III		NEGOZIATO	MIN	MAX	rese	
Fla	Completamento sviluppo del Sistema Gestione Qualità per l'accreditamento del Servizio di Riabilitazione territoriale di Foligno	Completamento del SGQ definito e formalizzazione domanda di accreditamento	Redazione delle procedure previste	100%			2	
F1b	Completamento estensione del Sistema Gestione Qualità (procedure, modulistiche, progetto individuale, cartelle cliniche, ecc) per l'accreditamento di tutte le strutture dipartimentali cod. 56	Completamento del SGQ definito	Redazione delle procedure previste	100%			2	
Flc	Mantenimento certificazione e accreditamento strutture dipartimentali di Foligno, Trevi	Corretta Applicazione SGQ definito	Superamento verifiche	100%			2	
Fld	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 tipologia di pazienti	Attuazione dei PDTA delle Patologie Tempo dipendenti: - ICTUS -TRAUMA	Applicazione PDTA recepiti a livello aziendale	100%			2	
Fie	Partecipazione a indagine qualità percepita	Collaborare nella distribuzione e raccolta del questionario di qualità percepita aziendale	Distribuzione e raccolta del questionario di qualità percepita aziendale	100%			2	
					PESO	OBIETTIVI FI	10	
	Sede e Data negoziazione	Firma Responsabile						
		Timbro e Firma Direzione						



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE

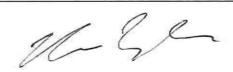
Responsabile Dr. Mauro Zampolini

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

	OBJETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RAI	NGE	PESC
	DBIETTIVI	AZIONI	i i i i i i i i i i i i i i i i i i i	NEGOZIATO	MIN	MAX	
F2a		Realizzazione di almeno 1 Safety Walk Round (SWR) in una struttura afferente	Report SWR trasmesso alla Direzione aziendale	entro dic 2017			ħ
F2b	Consolidamento del sistema locale di incident reporting: sensibilizzazione alla segnalazione degli eventi avversi e degli eventi evitati, superamento delle barriere	Riunione dipartimentale sull'argomento incident reporting	Riunione documentata (verbale + foglio firma)	Entro aprile 2017			1
F2c	alla segnalazione	Applicazione della PG Gestione degli eventi avversi ed incident reporting nelle strutture afferenti	N° schede Segnalazione di eventi avversi o quasi eventi compilate e trasmesse al servizio GRC/anno	Entro dicembre 2017			31
	Riduzione del rischio di infezioni correlate all'assistenza	Implementazione e monitoraggio della PG * Igiene delle mani*	Questionari Framework OMS compilati per tutte le struttureafferenti e trasmessi al	Entro giugno 2017(1° valutazione) Entro Dicembre 2017			11
		Compilazione questionario Framework OMS e individuazione di aree di miglioramento	-servizio GRC	(2° valut.)			1

Sede e Data negoziazione Firma Responsabile
Foligno 18.1.2017 Timbro e Firma Direzione





DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE

Responsabile Dr. Mauro Zampolini

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

				F: OBJETTIVI F3 FARMACEUTICA				
		OBJETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RANGE		PESO
		UBIETIIVI	AEION	200000	NEGOZIATO	MIN	MAX	
	F3a		Rispetto tetto di budget	Valore economico	612.408,09	631.348,55	612.408,09	1
	F3b		Ridurre il consumo degli antibiotici nei reparti	Allineamento al valore di riferimento dell'indicatore MES C9. C9.12 Consumo degli antibiotici nei reparti	≤0,36	< 1,00	≤0,36	1
	F3c	Promuovere l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica finalizzata alla sicurezze delle cure e all'efficiente utilizzo delle risorse	Monitoraggio delle prescrizioni degli ausili protesici	Numero prescrizioni ausili nel rispetto protocolli/numero totali di prescrizione di ausili protesici	100%			1
Cure	F3d		Applicazione protocolli prescrittivi sui farmaci per Sclerosi Multipla	nemero prescrizioni nel rispetto protocolli/numero totali di prescrizione farmaci per S.M.	100%			Ħ
	F3f		Promozione di incontri con il DAF per l'appropriatezza prescrittiva con analisi dei dati di spesa e di prescrizione.	Numero di incontri/anno	almeno 2 incontri anno			1
						PESC	OBIETTIVI F3	5
		Sede e Data negoziazione	Firma Responsabile					
		Foligno 18.1.201	Timbro e Firma Direzione					

Me Sh



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE

Responsabile Dr. Mauro Zampolini

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

	OBJETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RA	NGE	PESO
	081511141	AZIUNI	III)AC-70AC	NEGOZIATO	MIN	MAX	
GI	Prevenire fenomeni corruttivi	Attuazione e Rispetto delle misure di prevenzione previste nella mappature dei processi di cui al PTPCT in vigenza (vedi colonna intitolata misure di sicurezza associate)	Si rinvia all'indicatore di cui alla mappatura dei processi (vedi colonna intitolata indicatore)	100%			3
GI	,	Formazione specifica	Partecipazione a corsi di formazione in materia di prevenzione della corruzione	100%			2

Sede e Data negoziazione Firma Responsabile
Foligno 18.1.2017 Timbro e Firma Direzione

MS



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE

Responsabile Dr. Mauro Zampolini

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

				PIANO DEGLI OBIETTI	<u>W</u>			
				G: OBJETTIVI GZ TRASPANENZA				
		OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RANGE		PESO.
		COLETTI	#2100·		NEGOZIATO	MEN	MAX	
	G2a	Puntuale adempimento di quanto previsto dal Piano triennale prevenzione della	Invio alle scadenze previste dei dati,	Soddisfacimento % di adempimenti.	100%			2
Fiani Affaativi	G2b	corruzione e Trasparenza dell'ASL Umbria 2 - riennio 2017/2019	documenti, informazioni da pubblicare	Reportistica annuale sugli adempimenti eseguiti	100%			1
	G2c	Aggiornamento nomine incaricati del trattamento dei dati ex D.L.gs. 196/03	Redazione lettere incaricati	% nomine effettuate tempestivamente e relativo report (elenco nomi) da inviare al Servizio competente	100%			2
- 63				1		PESO OI	SIETTIVI G2	5
		Sede e Data negoziazione	Firma Responsabile					
		Foligno 18.1.2017	Timbro e Firma Direzione					

1656

ANNO 2017



SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA

DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Responsabile Dr. Enrico Giuseppe Cristallini

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

	OBJETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RANGE		PESO
	uoleillei 	REZUM	nuacs.ou	NEGOZIATO	MIN	MAX	
AI	Garantire il corretto utilizzo delle risorse con garanzia della coretta alimentazione della contabilità analitica per quanto di pertinenza	Trisperro della procedura aziendale	Controllo del budget operativo trasmesso con cadenza trimestrale e controllo della fornitura di beni e servizi anche rapportandosi con i DEC	100%			3

H

PESO OBIETTIVI ECONOMICI



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Responsabile Dr. Enrico Giuseppe Cristallini

Anno 2017

	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RA	NGE	PESO
	GB1E111V1	AZIUNI	INDICATORE	NEGOZIATO	MIN	MAX	
Bla		Integrazione Athena con cartella clinica infornatizzata e avvio utilizzo modulo specifico dalla cartella clinica	Uttilizzo Athena da Cartella Clinica	100%			3
Blb	Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati con alimentazione dei	Integrazione programma laboratorio con carlella clinica infomatizzata in tutte le strutture di degenza	Uttilizzo Siemens da Cartella Clinica	100%			3
Blc	flussi informativi di governo NSIS e la corretta e completa registrazione dei dati di parte dei Servizi Territoriali nel SW specifico con alimentazione dei rispettivi flussi		Attivazione programma integrazione e utilizzo braccialetto	100%	95%	100%	3
Bld			Trasmissione tracciato recdord delle prestazioni per interni nel rispetto delle regole condivise con il Controllo di Gestione	98%	98%	100%	3





DIREZIONE AZIENDALE

L' OBJETTIVI DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

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

DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Responsabile Dr. Enrico Giuseppe Cristallini

Anno 2017

		OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RAI	NGE	PESO
		UBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	NEGOZIATO	MIN	MAX	
	Cla	Migliorare e qualificare le modalità organizzative ed erogative nella gestione	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.	2.500.000	2.480.000	2.500.000	2
	Clb	dell'offerta delle prestazioni ambulatoriali per garantire: - il mantenimento di adeguati e appropriati	Monitoraggio erogazione delle prestazioni	Percentuale di prestazioni prenotate sul totale delle prestazioni erogate al netto delle prestazioni per cui è prevista l'accettazione	85%	80%	100%	2
Ī	Cic	livelli dell'offerta rispetto alla domanda, - il contenimento dei tempi di attesa, - l'efficienza organizzativa del sistema, - l'equità di accesso ai servizi ambulatoriali in aderenza alla DGR 498/2016 e della Delibera del Direttore Generale 664/2016	Monitoraggio tempi di attesa delle prestazioni non RAO	% di prestazioni erogate nei tempi previsti per i non RAO (30 gg)	90%	85%	100%	2
	Cld		Validazione dell'erogato nei servizi per le prestazioni che lo prevedono	% di validazione dell'erogato con indicazione di chi non si presenta alla prenotazione	100% (NC = 0)	95%	100%	2
	Cle		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%	2
	C2	Promuovere l'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni diagnostiche finalizzata alla sicurezze delle cure e a ridurre l'inappriatezza prescrittiva	Partecipazione incontri con il CUP per un'analisi mirata delle prestazione erogate al fine di promuovere l'appropriatezza prescrittiva con analisi dei dati di erogato e di prescrizione.	Numero di incontri/anno con redazione verbale da inviare alla Direzione Sanitaria: - il primo entro il primo semestre	almeno 2 incontri anno			3
	C3		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
		ly			= 3	PESO OBIETTIVI	LISTE ATTESA	1







DIREZIONE AZIENDALE

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

n agterfrut apcautizating

DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Responsabile Dr. Enrico Giuseppe Cristallini

Anno 2017

		AZIONI	INDICATORI	VALORE	RAI	RANGE MIN MAX	
	OBJETTIVI	AZIUNI	INDICATORS	NEGOZIATO	MIN	MAX	PESC
DI	Promuovere la riorganizzazione e la razionalizzazione dei servizi ospedalieri in aderenza alle linee di indirzzo regionali DGR 212/2016) e alla programmazione aziendale (Delibera del Direttore Generale) per: - efficientare il sistema della rete ospedaliera - assicurare percorsi di presa in carico dei pazienti efficaci ed appropriati	Sviluppo e realizzazione delle attività di riorganizzazione dell'offerta ospedalera del Dipartimento previste nella Delibera del Direttore Generale	Rispetto degli impegni del cronoprogramma	100%			3
D3		Implementare riunioni dipartimentali con la partecipazione attiva dei Direttori di Presidio, almeno 1 a trimestre su: -Discussione di procedure e protocolli aziendali - Semplificazione/integrazione organizzativa dei servizi gestiti volte a ridurre le UU.OO. semplificare il percorso del paziente, flessibilizzare i servizi in relazione alla domanda, ridurre il personale necessario o quantomeno contenere le richieste di sostituzione nei limiti imposti dalla normativa vigente utilizzando tutti gli strumenti contrattuali possibili Le riunioni sono obbligatorie e vanno documentate da verbali di riunioni da inviare alle Direzioni dei Presidi, e alla Direzione	Numero di verbali inviati ai Presidi e alla Direzione Sanitaria /Numero riunioni effettuate	100%			3







DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Responsabile Dr. Enrico Giuseppe Cristallini

		PIANO DEGI	I OBIETTIVI				
D4a		Rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle strutture (<gg 3="" clinica-chimica<="" gg.="" laboratorio="" lavorativi="" per="" settore="" struttura)="" th=""><th>N. referti consegnati in tempi corretti/ n. referti periodo</th><th>100%</th><th>95%</th><th>100%</th><th></th></gg>	N. referti consegnati in tempi corretti/ n. referti periodo	100%	95%	100%	
D4b	Promuovere modalità organizzative dei servizi efficienti al fine di garantire tempi di ritiro ottimali dei referti per esterni	Rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle strutture (<gg 3="" gg.="" immunoematologia<="" lavorativi="" per="" struttura)="" td=""><td>N. referti consegnati in tempi corretti/ n. referti periodo</td><td>100%</td><td>95%</td><td>100%</td><td></td></gg>	N. referti consegnati in tempi corretti/ n. referti periodo	100%	95%	100%	
D4c		Rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle strutture (<gg 10="" anatomia="" biopsia="" endoscopica="" gastrica="" gg.="" lavorativi="" patologica<="" per="" struttura)="" td=""><td>N. referti consegnati in tempi corretti/ n. referti periodo</td><td>100%</td><td>95%</td><td>100%</td><td></td></gg>	N. referti consegnati in tempi corretti/ n. referti periodo	100%	95%	100%	
D5	Promozione attività come da Piano Regionale Sangue	Rispetto della Convenzione sottoscritta AO Terni e USL Umbria2	Definizione protocolli operativi come previsto dalla Convezione	100%			
D6a		Definzione degli orari dei servizi anche attraverso l'elaborazione di proposte di aggregazione di servizi su base distrettuale o	Presentazione dell'elaborazione della turnistica di servizio e/o di turnistica unificata entro il 28.2.2017	100%			
D6h	rispetto al carico assistenziale e agli orari di attività	aggregazione di servizi su base distrettuale di interdistrettuale mediante l'elaborazione di turnistica di servizio e/o di turnistica unificata	Numero turni presentati su base mensile/numero turni previsti dalla proprosta validata	100%			

to O

20

PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Responsabile Dr. Enrico Giuseppe Cristallini

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

				E: OBJETTIVI DI ATTIVITA				
		OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RA	NGE	PESO
		*******	AZJUM	mulcarona	NEGOZIATO	MIN	MAX	
	EI	Garantire le corrette modalità organizzative ed erogative per la gestione dell'offerta delle prestazioni per interni	Definizione volumi di attività prestazioni per interni	Rispetto dei volumi di prestazioni per interni	100%	95%	100%	3
	E2a	Garantire l'accuratezza diagnostica e la	Accuratezza diagnostica nelle diagnosi istopatologiche attraverso la doppia lettura	Diagnosi confermate/totale diagnosi	100%	95%	100%	3
Attività	E2b	tempestività di refertazione per l'Anatomia Patologica al fine di riudurre i tempi di diagnosi soprattutto per le patologie con sospetto oncologico, rare e ridurre i rempi di chiusura delle SDO	Tempestività invio referto anatomia patologica ai fini della definizione tempestiva delle diagnosi e della chiusura delle SDO Trasmissione al presidio ospedaliero del report dei referti consegnati e dei referti in corso, con evidenza della data di arrivo del pezzo in anatomia patologica	N. esami refertati entro 15 gg/ totale esami	98%	95%	98%	3
	E.3	Migliorare l'accessibilità degli utenti ai servizi atrraverso la consgena dei referti on line	Gestione referti on-line su base aziendale	Disponibilita' referto on-line	100%	95%	100%	3
	E4a	Raggiungimento degli obiettivi (Patto per la Salute, MeS, indicazioni regionali, strategia aziendale) per promuovere l'Appropriatezza prescrittiva diagnostica	Riduzione prestazioni di Laboratorio a rischio di inappropriatezza	C13.2.2.4 Tasso std di prestazioni di Laboratorio a rischio di inappropriatezza per 1.000 residenti	4.420,45			3

PESO OBIETTIVI DI ATTIVITA'

15

USL UMBRIIA2



SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA

DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Responsabile Dr. Enrico Giuseppe Cristallini

Anno 2017

	OBJETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RAI	VGE	PESC			
	UBIETTIVI	AZIUNI	INDICATORS	NEGOZIATO	MIN	MAX				
	Promuovere la gestione di qualità delle attività delle strutture e dei servizi attraverso	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Qualità e Accreditamento								
F1	il conseguimento dell' accreditamento/della certificazione o l'avvio delle procedure per il SGQ per assicurare gli standard e i livelli di	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	90%	100%	10			
	conformità previsti dalle norme di Accreditamento Istituzionale e dalle norme ISO	Strutturazione del programma specifico per la struttura del risk management e el rischio clinico al fine di tenziali rischi e le risposte Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Rischio Clinico Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budoet Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti								
	Promuovere la cultura del risk management e		Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti			100%	5			
F2	della gestione del rischio clinico al fine di identificare i potenziali rischi e le risposte adeguate perseguendo obiettivi aziendali			100%	90%					
	strategici ben delineati.	Conseguimento obiettivi negoziati								
F3	dei beni sanitari per le strutture di pertinenza Promuovere il miglioramento delll'appropriatezza prescrittiva ed	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget		100%	90%	100%	10			
	autorizzativa	Conseguimento obiettivi negoziati								







DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Responsabile Dr. Enrico Giuseppe Cristallini

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

		OBIFTTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RAN	GE	PE50
		ODILITIVI	AZIONI	IMDICATORS	NEGOZIATO	MIN	MAX	7
		Prevenzione della Corruzione 2016-2018 Scheda di budget Conseguimento obiettivi negoziati Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Responsabile Amministrazione Trasparente	rischio per la struttura con l'ufficio	100%				
	G1		Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti				5	
TAIR I			Conseguimento obiettivi negoziati					
	G2 propria		struttura con il Responsabile Amministrazione					
		Attuazione dellle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale per l'Integrità e la Trasparenza	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%			5
			Conseguimento obiettivi negoziati					

tu C

100

PESO OBIETTIVI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI

PESO TOTALE

C

NOTA



I momenti di illustrazione e condivisione vanno verbalizzati

SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA

DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Responsabile Dr. Enrico Giuseppe Cristallini Anno 2017

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

		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
100	1074	l'utilizzo dei moduli previsti dalla procedura (01,02,03,04,05) specificando per gli item A obiettivi specifici se individuati.
I N	OTA	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 28.2.2018 e trasmesse all'Ufficio Relazioni Sindacali entro il 10.3.2018. 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 2018. La mancata trasmissione delle relazioni suddette comporta una decurtazione del punteggio finale pari al massimo al 10% del totale ottenuto.

> Sede e Data negoziazione Firma Responsabile Foligno 20.1.2017 Timbro e Firma Direzione

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



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Responsabile Dr. Enrico Giuseppe Cristallini

Anno 2017

			F: OBJETTIVI FI QUALITA E ACCREDITAM	WTO			
	OBIETTIVI	AZTONI	INDICATORI	VALORE	RAN	IGE	PESO.
			-100	NEGOZIATO	MIN	MAX	FEOU
Fla	Completamento percorso SGQ per accreditamento per il Laboratorio Analisi di Orvieto	Completamento del SGQ definito	redazione delle procedure previste	100%			3
Flb	Mantenimento del SGQ nelle strutture accreditate e certificate	applicazione del SGQ definito	Superamento delle venfiche	100%			3
FIe	Partecipazione a Indagine qualità percepita	Collaborare nella distribuzione e raccolta del questionario di qualità percepita aziendale	Distribuzione e raccolta del questionario di qualità percepita aziendale	100%			2
F1d	Implementazione procedura catena di custodia degli esami tossicologici a valenza medico legale	Corretta applicazione della procedura definita	Assenza non conformità	100%			2
				I We	PESC	OBIETTIVI FI	10
	Sede e Data negoziazione	Firma Responsabile	y lh				
	Foligno 20.1.2017	Timbro e Firma Direzione					



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Responsabile Dr. Enrico Giuseppe Cristallini

	1		Ann	о 2017		للشاط	They like	9754
				PIANO DEGLI OBIETTIVI				
				E: OBJETTIVI E2 RISCHIO CLINICO				
		OBJETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RAI	VGE	PESC
					NEGOZIATO	MIN	MAX	
3	F2a		Realizzazione di almeno 1 Safety Walk Round (SWR) in una struttura afferente	Report SWR trasmesso alla Direzione aziendale	entro dic 2017			1
1	F2b	Consolidamento del sistema locale di incident reporting: sensibilizzazione alla segnalazione degli eventi avversi e degli eventi evitati, superamento delle barriere alla segnalazione	Riunione dipartimentale sull'argomento incident reporting	Riunione documentata (verbale + foglio firma)	Entro aprile 2017			.1
1	F2e	and segnulazione	Applicazione della PG Gestione degli eventi avversi ed incident reporting nelle strutture afferenti	N° schede Segnalazione di eventi avversi o quasi eventi compilate e trasmesse al servizio GRC/anno	Entro dicembre 2017			1
1	F2d	Riduzione del rischio di infezioni correlate all'assistenza	Implementazione e monitoraggio della PG * Igiene delle mani*	Questionari Framework OMS compilati per tutte le struttureafferenti e trasmessi al	Entro giugno 2017(1° valutazione) Entro Dicembre			1
1	F2e		Compilazione questionario Framework OMS e individuazione di aree di miglioramento	servizio GRC	2017 (2° valut.)			1
				1		PES	O OBIETTIVI F2	5
		Sede e Data negoziazione	Firma Responsabile	moth				
		Foligno 20.1.2017	Timbro e Firma Direzione	ALL THE PROPERTY OF THE PROPER				



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Responsabile Dr. Enrico Giuseppe Cristallini

Anno 2017

			F: OBJETTIVI F3 FARMACEUTICA				
	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RAN	IGE	PES
	0327777	AZIONZ	ZADJCA TOKI	NEGOZIATO	MIN	MAX	PES
F3a		Rispetto tetto di budget	Valore economico	5.224.101,71	5.385.671,87	5.224.101,71	2
F3b		Predisposizione di tutti i capitolati di gara di competenza in collaborazione con il DAF	Numero capitolati predisposti /Numero di capitolati da predisporre	100%	90%	100%	2
F3c	farmaceutica finalizzata alla sicurezze delle	Limitazione dell'utilizzo dei prodotti esclusivi	Numero di prodotti esclusivi utilizzati/numero tolale prodotti utilizzati	100%	90%	100%	2
F3d	cure e all'efficiente utilizzo delle risorse	Corretta tenuta dei magazzini intermedi	Rendicontazione su base trimestrale	100%	90%	100%	2
F3e		Partecipazione incontri con il DAF per un'analisi mirata dei nbei sanitari consumati al fine di promuovere l'appropriatezza prescrittiva con analisi dei dati di spesa e di prescrizione.	Numero di incontri/anno con redazione verbale da inviare alla Direzione Sanitaria: - il primo entro il primo semestre	almeno 2 incontri anno			2
	l,				PESC	O OBIETTIVI F3	1
	Sede e Data negoziazione	Firma Responsabile	mell!				
		Timbro e Firma Direzione	tus				



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Responsabile Dr. Enrico Giuseppe Cristallini

Anno 2017

				PIANO DEGLI OBIETTIV	<u>I</u>			
				G: OBIETTIVI GI PREVENZIONE CORRUZION	æ			
		OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RAI	VGE	PESO
		UDILITIZA	ALUM		NEGOZIATO	MIN	MAX	
Pinni Attuntivi	Gla	Prevenire fenomeni corruttivi	Attuazione e Rispetto delle misure di prevenzione previste nella mappature dei processi di cui al PTPCT in vigenza (vedi colonna intitolata misure di sicurezza associate)	Si rinvia all'indicatore di cui alla mappatura dei processi (vedi colonna intitolata indicatore)	100%			3
L.	Glb		Formazione specifica	Partecipazione a corsi di formazione in materia di prevenzione della corruzione	100%			2
		•				PESO	O OBIETTIVI GI	5
	G1b	Sode a Data assess	(2)	materia di prevenzione della corruzione	100%	PESC	O OBIETTIVI GI	
			D.1.2017 Timbro e Firma Direzione	Welly				



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA

Responsabile Dr. Enrico Giuseppe Cristallini

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

			G: OBJETTIVI GZ TRASPARENZA				
	OBJETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RAI	lGE	PESO.
	COMPANY	AEJOM	2402057000	NEGOZIATO	MIN	MAX	7.50
G2:	Puntuale adempimento di quanto previsto dal Piano triennale prevenzione della	Invio alle scadenze previste dei dati,	Soddisfacimento % di adempimenti.	100%			2
G21	corruzione e Trasparenza dell'ASL Umbria 2 -		Reportistica annuale sugli adempimenti eseguiti	100%			§1
G2	Aggiornamento nomine incaricati del trattamento dei dati ex D.L.gs. 196/03	Redazione lettere incaricati	% nomine effettuate tempestivamente e relativo report (elenco nomi) da inviare al Servizio competente	100%			2
-1		,			PESO	OBIETTIVI G2	5
	Sede e Data negoziazione	Firma Responsabile	Muhell				



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Responsabile Dr. Gianfranco Pelliccia

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

			A: OBJETTIVI PER LA GESTIGNE E RENDICOI	YTAZIONE DELLE RISORSE E DI EQUILIBRIO	ECONOMICO			
		OBJETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	R	4NGE	PESO
		JOE 114	fi ii		NEGOZIATO	MIN	MAX	
Contabilità Generale e Analitica	Al		Corretta alimentazione contabilità analitica nel	Controllo del budget operativo trasmesso con cadenza trimestrale e controllo della fornitura di beni e servizi anche rapportandosi con i DEC	100%			3

A A

PESO OBIETTIVI ECONOMICI



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Responsabile Dr. Gianfranco Pelliccia

Anno 2017

		В	Ц		U	ν.	-		4	M	ď	4		G	r.		м	ŧ.	H		Ρ,	ų	4	ē	Ç	Ψ	A		Ŗ	4	ŝ	Q	H	1	7	U	ź	5	Ł	1	1	ġ.	1	2		n)	٠,	,11	'n.		3	4	g	ŝ
Т	3			3				4	3		÷		B	E		3		ā	3	1	à	8		Т	4			S	à					1		5			B	8	8				Ġ	8	3			5				3

	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RAI	VGE	PESO
	OBIEM	#220M	Inches, en	NEGOZIATO	MIN	MAX	,,,,,,
Bla		Integrazione RIS con cartella clinica in tutte le sedi e avvio teleradiologia	Rendicontazione attivazione per tutte le strutture	100%			2
B16	Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa	Attivazione teleradiologia	Telerefertazione con le altre Aziende Sanitarie	100%			3
Ble	registrazione dei dati con alimentazione dei flussi informativi di governo NSIS e la	Attivazione teleradiologia	Telerefertazione in tutte le sedi	100%			3
Bld	corretta e completa registrazione dei dati da parte dei Servizi Territoriali nel SW specifico con alimentazione del rispettivi flussi	di pertinenza nel rispetto delle indicazioni formative/informative, anche si fini della	Trasmissione tracciato recdord delle prestazioni per interni nel rispetto delle regole condivise con il Controllo di Gestione	98%	98%	100%	2



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Responsabile Dr. Gianfranco Pelliccia

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RAI	NGE	PESC
			-11000000	NEGOZIATO	MIN	MAX	
Cla	Migliorare e qualificare le modalità	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.	160.000	158.000	160.000	2
C1h	organizzative ed erogative nella gestione dell'offerta delle prestazioni ambulatoriali per garantire: - il mantenimento di adeguati e appropriati	Monitoraggio erogazione delle prestazioni	Percentuale di prestazioni prenotate sul totale delle prestazioni erogate al netto delle prestazioni per cui è prevista l'accettazione	85%	80%	100%	2
Cie	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 tempi di attesa delle prestazioni RAO e delle prestazioni non RAO	% di prestazioni erogate nei tempi previsti per i RAO (RAO U=3gg; B= 10gg, D=30/60gg; P=360 gg) e per i non RAO (30 gg)	90%	85%	100%	3
Cid	in aderenza alla DGR 498/2016 e della	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%	3
Cle		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%	2
CZ	Promuovere l'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni diagnostiche finalizzata alla sicurezze delle cure e a ridurre l'inappriatezza prescrittiva	Partecipazione incontri con il CUP per un'analisi mirata delle prestazuine erogate al fine di promuovere l'appropriatezza prescrittiva con analisi dei dati di erogato e di prescrizione.	Numero di incontri/anno con redazione verbale da inviare alla Direzione Sanilaria: - il primo entro il primo semestre	almeno 2 incontri anno			2
C3	Promuovere la dematerializzazione delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale al fine di efficientare i sistemi e facilitare la presa in carico del pazienti	Pieno utilizzo del ricettario elettronico da parle 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
	presa in carico del pazienti	evicando di iniviare a possente di mivioni so					IVI LISTE ATTESA

The The



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Responsabile Dr. Gianfranco Pelliccia

Anno 2017

	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RAI	VGE	PESO
	UBIEI I SVI	AZZONI	Indicators	NEGOZIATO	MEN	MAX	
DI	Promuovere la riorganizzazione e la razionalizzazione dei servizi ospedalieri in aderenza alle linee di indirzzo regionali DGR 212/2016) e alla programmazione aziendale (Delibera del Direttore Generale) per: - efficientare il sistema della rete ospedaliera - assicurare percorsi di presa in carico dei pazienti efficaci ed appropriati	Sviluppo e realizzazione delle attività di norganizzazione dell'offerta ospedalera del Dipartimento previste nella Delibera del Direttore Generale	Rispetto degli impegni del cronoprogramma	100%			3
103	Promuovere la riorganizzazione dei servizi di afferenza del Dipartimento in collaborazione con i Presidi Ospedalieri al fine di garantire uniformità di accesso ai servizi nelle diverse strutture dipartimentali	Implementare riunioni dipartimentali con la partecipazione attiva dei Direttori di Presidio almeno 1 a trimestre su: -Discussione di procedure e protocolli aziendali - Semplificazione/integrazione organizzativa dei servizi gestiti volte a ridurre le UU.OO., semplificare il percorso del paziente, flessibilizzare i servizi in relazione alla domanda, ridurre il personale necessario o quantomeno contenere le richieste di sostituzione nei limiti imposti dalla normativa vigente utilizzando tutti gli strumenti contrattuali possibili Le riunioni sono obbligatorie e vanno documentate da verbali di riunioni da inviare alle Direzioni dei Presidi, e alla Direzione	Numero di verbali inviati ai Presidi e alla Direzione Sanitaria /Numero riunioni effettuate	100%			3







DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Responsabile Dr. Gianfranco Pelliccia

	PLANO DEGL Rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle strutture (<gg 3="" gg.="" lavorativi="" le="" per="" radiologie<="" struttura)="" th=""><th>N. referti consegnati in tempi corretti/ n. referti</th><th>100%</th><th></th><th></th><th></th></gg>	N. referti consegnati in tempi corretti/ n. referti	100%			
	referti da parte delle strutture (<gg per="" struttura)<="" th=""><th></th><th>100%</th><th></th><th></th><th>-</th></gg>		100%			-
			100%	95%	100%	2
Promuovere modalità organizzative dei servizi efficienti al fine di garantire tempi di ritiro ottimali dei referti per esterni (Rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle strutture (<gg 4="" gg.="" lavorativi="" per="" pet<="" struttura)="" td=""><td>N. referti consegnati in fempi corretti/ n. referti periodo</td><td>100%</td><td>95%</td><td>100%</td><td>2</td></gg>	N. referti consegnati in fempi corretti/ n. referti periodo	100%	95%	100%	2
	Rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle strutture (<gg per="" struttura)<br="">3 gg. lavorativi per Senologia</gg>	N. referti consegnati in tempi corretti/ n. referti periodo	100%	95%	100%	1
	Rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle strutture (<gg per="" struttura)<br="">3 gg. lavorativi per Radioterapia</gg>	N. referti consegnati in tempi corretti/ n. referti periodo	100%	95%	100%	3
Promuovere la riorganizzazione dell'offerta delle prestazioni di diagnostica RMN per ridurre l'inappropriatezza prescrittiva	Strutturazione strumenti di presa in carico informatica delle richieste su cui attivare un filtro valutativo al fine di erogare l'esame più appropriato	N. valutazioni efffettuate/ n. richieste	100%			2
Dedinizione delle dotazioni dei servizi e delle strutture al fine di articolare l'orario di lavoro e dei turni di servizio in maniera omogenea	Definzione degli orari dei servizi anche attraverso l'etaborazione di proposte di aggregazione di servizi su base distrettuale o	Presentazione dell'elaborazione della turnistica di servizio e/o di turnistica unificata entro il 28.2.2017	100%			1
rispetto al carico assistenziale e agli orari di attività	interdistrettuale mediante l'elaborazione di turnistica di servizio e/o di turnistica unificata	Numero turni presentati su base mensile/numero turni previsti dalla proprosta validata	100%			2
Pidirii Disterii	ervizi efficienti al fine di garantire tempi di itiro ottimali dei referti per esterni romuovere la riorganizzazione dell'offerta elle prestazioni di diagnostica RMN per durre l'inappropriatezza prescrittiva delle dotazioni dei servizi e delle trutture al fine di articolare l'orario di lavoro dei turni di servizio in maniera omogenea spetto al carico assistenziale e agli orari di	ervizi efficienti al fine di garantire tempi di litro ottimali dei referti per esterni Rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle strutture (<gg (<gg="" 3="" consegna="" da="" dei="" delle="" gg.="" lavorativi="" nella="" parte="" per="" perl<="" referti="" renologia="" rispetto="" senologia="" struttura)="" strutture="" td="" tempistiche=""><td>romuovere la riorganizzazione dell'offerta elle prestazioni di diagnostica RMN per durre l'inappropriatezza prescrittiva Tromuovere la riorganizzazione dell'offerta elle prestazioni di diagnostica RMN per durre l'inappropriatezza prescrittiva Tromuovere delle dotazioni dei servizi e delle trutture al fine di articolare l'orario di lavoro dei turni di servizio in maniera omogenea ospetto al carico assistenziale e agli orari di interdistrettuale mediante i l'elaborazione di turnistica di servizio e/o di turnistica di mensile/numero turni presentati su base mensile/numero turni previsti dalla proprosta</td><td>ervizi efficienti al fine di garantire tempi di itiro ottimali dei referti per esterni Rispetto delle tempisiche nella consegna dei referi da parte delle strutture (<gg 3="" gg.="" lavorativi="" per="" senologia="" struttura)="" td="" ="" <=""><td>Rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti per esterni Rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle strutture (<gg (<gg="" 28.2.2017="" 3="" aggregazione="" agli="" al="" anche="" appropriato="" articolare="" assistenziale="" attivare="" attraverso="" base="" carico="" consegna="" cui="" da="" dalla="" definzione="" degli="" dei="" dell'elaborazione="" della="" delle="" di="" distrettuale="" dotazioni="" e="" entro="" erogare="" filtro="" fine="" gg.="" il="" in="" informatica="" interdistrettuale="" l'efaborazione="" l'elaborazione="" l'esame="" l'orario="" lavorativi="" lavoro="" maniera="" mediante="" nella="" numero="" o="" omogenea="" orari="" parte="" per="" più="" presa="" presentazione="" previsti="" proposte="" proprosta="" radioterapia="" referti="" richieste="" rispetto="" senologia="" servizi="" servizio="" spetto="" strumenti="" struttura)="" strutturazione="" strutture="" su="" td="" tempistiche="" trutture="" turni="" turnistica="" un="" unificata="" validata<="" valutativo=""><td>Rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti per esterni Rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle struttura (<ga (<ga="" 3="" agli="" al="" appropriate="" articolare="" assistenziale="" attivare="" base="" carico="" consegna="" cui="" da="" definzione="" dei="" delle="" di="" distrettuale="" dotazioni="" e="" elo="" erogare="" filtro="" fine="" furnistica="" furnistica<="" gg.="" in="" informatica="" interdistrettuale="" l'elaborazione="" l'esame="" l'orario="" lavorativi="" lavoro="" maniera="" mediante="" nella="" omogenea="" on="" orari="" parte="" per="" più="" presa="" radioterapia="" referti="" richieste="" rispetto="" senologia="" servizi="" servizio="" sipetto="" strumenti="" struttura="" struttura)="" strutturazione="" su="" td="" tempistiche="" trutture="" turni="" turnistica="" un="" unificata="" valutativo=""></ga></td></gg></td></gg></td></gg>	romuovere la riorganizzazione dell'offerta elle prestazioni di diagnostica RMN per durre l'inappropriatezza prescrittiva Tromuovere la riorganizzazione dell'offerta elle prestazioni di diagnostica RMN per durre l'inappropriatezza prescrittiva Tromuovere delle dotazioni dei servizi e delle trutture al fine di articolare l'orario di lavoro dei turni di servizio in maniera omogenea ospetto al carico assistenziale e agli orari di interdistrettuale mediante i l'elaborazione di turnistica di servizio e/o di turnistica di mensile/numero turni presentati su base mensile/numero turni previsti dalla proprosta	ervizi efficienti al fine di garantire tempi di itiro ottimali dei referti per esterni Rispetto delle tempisiche nella consegna dei referi da parte delle strutture (<gg 3="" gg.="" lavorativi="" per="" senologia="" struttura)="" td="" ="" <=""><td>Rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti per esterni Rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle strutture (<gg (<gg="" 28.2.2017="" 3="" aggregazione="" agli="" al="" anche="" appropriato="" articolare="" assistenziale="" attivare="" attraverso="" base="" carico="" consegna="" cui="" da="" dalla="" definzione="" degli="" dei="" dell'elaborazione="" della="" delle="" di="" distrettuale="" dotazioni="" e="" entro="" erogare="" filtro="" fine="" gg.="" il="" in="" informatica="" interdistrettuale="" l'efaborazione="" l'elaborazione="" l'esame="" l'orario="" lavorativi="" lavoro="" maniera="" mediante="" nella="" numero="" o="" omogenea="" orari="" parte="" per="" più="" presa="" presentazione="" previsti="" proposte="" proprosta="" radioterapia="" referti="" richieste="" rispetto="" senologia="" servizi="" servizio="" spetto="" strumenti="" struttura)="" strutturazione="" strutture="" su="" td="" tempistiche="" trutture="" turni="" turnistica="" un="" unificata="" validata<="" valutativo=""><td>Rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti per esterni Rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle struttura (<ga (<ga="" 3="" agli="" al="" appropriate="" articolare="" assistenziale="" attivare="" base="" carico="" consegna="" cui="" da="" definzione="" dei="" delle="" di="" distrettuale="" dotazioni="" e="" elo="" erogare="" filtro="" fine="" furnistica="" furnistica<="" gg.="" in="" informatica="" interdistrettuale="" l'elaborazione="" l'esame="" l'orario="" lavorativi="" lavoro="" maniera="" mediante="" nella="" omogenea="" on="" orari="" parte="" per="" più="" presa="" radioterapia="" referti="" richieste="" rispetto="" senologia="" servizi="" servizio="" sipetto="" strumenti="" struttura="" struttura)="" strutturazione="" su="" td="" tempistiche="" trutture="" turni="" turnistica="" un="" unificata="" valutativo=""></ga></td></gg></td></gg>	Rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti per esterni Rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle strutture (<gg (<gg="" 28.2.2017="" 3="" aggregazione="" agli="" al="" anche="" appropriato="" articolare="" assistenziale="" attivare="" attraverso="" base="" carico="" consegna="" cui="" da="" dalla="" definzione="" degli="" dei="" dell'elaborazione="" della="" delle="" di="" distrettuale="" dotazioni="" e="" entro="" erogare="" filtro="" fine="" gg.="" il="" in="" informatica="" interdistrettuale="" l'efaborazione="" l'elaborazione="" l'esame="" l'orario="" lavorativi="" lavoro="" maniera="" mediante="" nella="" numero="" o="" omogenea="" orari="" parte="" per="" più="" presa="" presentazione="" previsti="" proposte="" proprosta="" radioterapia="" referti="" richieste="" rispetto="" senologia="" servizi="" servizio="" spetto="" strumenti="" struttura)="" strutturazione="" strutture="" su="" td="" tempistiche="" trutture="" turni="" turnistica="" un="" unificata="" validata<="" valutativo=""><td>Rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti per esterni Rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle struttura (<ga (<ga="" 3="" agli="" al="" appropriate="" articolare="" assistenziale="" attivare="" base="" carico="" consegna="" cui="" da="" definzione="" dei="" delle="" di="" distrettuale="" dotazioni="" e="" elo="" erogare="" filtro="" fine="" furnistica="" furnistica<="" gg.="" in="" informatica="" interdistrettuale="" l'elaborazione="" l'esame="" l'orario="" lavorativi="" lavoro="" maniera="" mediante="" nella="" omogenea="" on="" orari="" parte="" per="" più="" presa="" radioterapia="" referti="" richieste="" rispetto="" senologia="" servizi="" servizio="" sipetto="" strumenti="" struttura="" struttura)="" strutturazione="" su="" td="" tempistiche="" trutture="" turni="" turnistica="" un="" unificata="" valutativo=""></ga></td></gg>	Rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti per esterni Rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle struttura (<ga (<ga="" 3="" agli="" al="" appropriate="" articolare="" assistenziale="" attivare="" base="" carico="" consegna="" cui="" da="" definzione="" dei="" delle="" di="" distrettuale="" dotazioni="" e="" elo="" erogare="" filtro="" fine="" furnistica="" furnistica<="" gg.="" in="" informatica="" interdistrettuale="" l'elaborazione="" l'esame="" l'orario="" lavorativi="" lavoro="" maniera="" mediante="" nella="" omogenea="" on="" orari="" parte="" per="" più="" presa="" radioterapia="" referti="" richieste="" rispetto="" senologia="" servizi="" servizio="" sipetto="" strumenti="" struttura="" struttura)="" strutturazione="" su="" td="" tempistiche="" trutture="" turni="" turnistica="" un="" unificata="" valutativo=""></ga>

4





DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Responsabile Dr. Gianfranco Pelliccia

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RA	NGE	PES
		n-2.071	mores ou	NEGOZIATO	MIN	MAX	
Εſ	Garantire le corrette modalità organizzative ed erogative per la gestione dell'offerta delle prestazioni per interni	Definizione volumi di attività prestazioni per interni	Rispetto dei volumi di prestazioni per interni	100%	95%	100%	2
E2a	Prromuovere il miglioramento dell'accessibilità ai servizi di diagnostica per immagini attraverso la garanzia di tempi di attesa congrui per l'esecuzione delle prestazioni per interni al fine di ridurre le giornate di degenza inappropriate	Rispetto delle tempistiche per esecusione esami per interni (<gg 2="" esami="" gg.="" lavorativi="" non="" per="" richiesti="" rx="" struttura)="" td="" urgenti<=""><td>N. esamii eseguiti nei tempi stabiliti/ n. esami eseguiti</td><td>90%</td><td>85%</td><td>90%</td><td>2</td></gg>	N. esamii eseguiti nei tempi stabiliti/ n. esami eseguiti	90%	85%	90%	2
E2b		Rispetto delle tempistiche per esecusione esami per interni (<gg per="" struttura)<br="">3 gg. lavorativi per la TAC richiesti non urgenti</gg>	N. esamii eseguiti nei fempi stabiliti/ n. esami eseguiti	90%	85%	90%	2
E2c		Rispetto delle tempistiche per esecusione esami per interni (<gg per="" struttura)<br="">3 gg. lavorativi per la RMN richiesti non urgenti</gg>	N. esami eseguiti nei tempi stabilti/ n. esami eseguiti	90%	85%	90%	2
E2d		Rispetto delle tempistiche per esecusione esami per interni (<gg per="" struttura)<br="">2 gg. lavorativi per ecografie richiesti non urgenti</gg>	N. esamii eseguiti nei tempi stabiliti/ n. esami eseguiti	90%	85%	90%	2
E2e		Rispetto delle tempistiche per esecusione esami per interni (<gg per="" struttura)<br="">3 gg. lavorativi per angiografia</gg>	N. esamii eseguiti nei tempi stabiliti/ n. esami eseguiti	90%	85%	90%	2
E3	Migliorare l'accessibilità degli utenti ai servizi atrraverso la consgena dei referti on line	Gestione referti on-line su base aziendale	Disponibilita' referto on-line	100%	95%	100%	2
E4	Raggiungimento degli obiettivi (Patto per la Salute, MeS, indicazioni regionali, strategia aziendale) per promuovere l'Appropriatezza prescrittiva diagnostica	Riduzione prestazioni di Diagnostica a rischio di inappropriatezza	C13.a 2.2.1 Tasso di prestazioni RM muscolo- scheletriche per 1.000 residenti (≥ 65 anni)	<20	<25	<20	2

PESO OBIETTIVI DI ATTIVITA'

16

1

THE



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Responsabile Dr. Gianfranco Pelliccia

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

	OBI ETTI VI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RANGE		PESO
	OBJETTINI	A220%	INDICATORS	NEGOZIATO	MIN	MAX	
	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 il livelli di conformità previsti dalle norme di Accreditamento istituzionale e dalle norme.	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Qualità e Accreditamento				100%	10
FI		Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	90%		
		Conseguimento obiettivi negoziati					
	Promuovere la cultura del risk management e	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Rischio Clinico			90%		
F2	identificare i potenziali rischi e le risposte adeguate perseguendo obiettivi aziendali strategici ben delineati.	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget		100%		100%	5
		Conseguimento obiettivi negoziali					
	Garantire la gestione appropriata nell'utilizzo	Strutturazione del programma specifico e dei tetti di spesa per la struttura con il Dipartimento di Assistenza Farmaceutica					
F3	dei beni sanitari per le strutture di pertinenza Promuovere il miglioramento delll'appropriatezza prescrittiva ed	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	90%	100%	10
	autorizzativa	Conseguimento obiettivi negoziati					

#



ANNO 2017



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Responsabile Dr. Gianfranco Pelliccia

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

			GI OBJETTIVI PER LA REALIZZAZIONE DEL I	yani attuativi	AZIENDALI		
	ÓBI ETTI VI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RANGE		PESO
				NEGOZIÁTO	MIN	MAX	
	Attuazione dellle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2016-2018	Mappatura processi e individuazione altività di rischio per la struttura con l'ufficio Prevenzione Corruzione	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti				
G1		Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget		100%			5
		Conseguimento obiettivi negoziati					
12		Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Responsabile Amministrazione Trasparente					
G2	Attuazione dellle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale per l'Integrità e la Trasparenza	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget		100%			5
		Conseguimento obiettivi negoziati					
				PESO OBIETTIV	I PIANI ATTUATI	VI AZIENDALI	10

to The

PESO TOTALE

100



I momenti di illustrazione e condivisione vanno verbalizzati

SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA

DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Responsabile Dr. Gianfranco Pelliccia Anno 2017

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

lii l	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.
C	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.

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

Tutte le schede previste dovranno essere valutate per gli item A entro il 28.2.2018 e trasmesse all'Ufficio Relazioni Sindacali entro il 10.3.2018.

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

NOTA

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 2018.

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



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Responsabile Dr. Gianfranco Pelliccia

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

				F: OBIETTIVI F1 QUALITA E ACCREDITAMI	NTO			
		OBJETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RANGE		PESO
					NEGOZIATO	MIN	MAX	PESU
ure	Fla	Completamento percorso SGQ per accreditamento per SC Radiologia Orvieto	Completamento del SGQ definito	redazione delle procedure previste	100%			4
ezza delle C	FIb	Mantenimento del SGQ nelle strutture accreditate e certificate	applicazione del SGQ definito	Superamento delle verifiche	100%			4
SICILL	Fle	Partecipazione a Indagine qualità percepita	Collaborare nella distribuzione e raccolta del questionario di qualità percepita aziendale	Distribuzione e raccolta del questionario di qualità percepita aziendale	100%			2
						PESC	OBIETTIVI F1	10

Sede e Data negoziazione Firma Responsabile



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

		Ann	0 2017			
			PIANO DEGLI OBIETTIVI			
			F. OBJETTIVI F2 RISCHIO CLINICO			
	OBJETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE MIN MAX	PES
F2a		Realizzazione di almeno 1 Safety Walk Round (SWR) in una struttura afferente	Report SWR trasmesso alla Direzione aziendale	entro dic 2017		1
F2b	Consolidamento del sistema locale di incident reporting: sensibilizzazione alla segnalazione degli eventi avversi e degli eventi evitati, superamento delle barriere alla segnalazione	Riunione dipartimentale sull'argomento incident reporting	Riunione documentata (verbale + foglio firma)	Entro aprile 2017		1)
F2c		Applicazione della PG Gestione degli eventi avversi ed incident reporting nelle strutture afferenti	N° schede Segnalazione di eventi avversi o quasi eventi compilate e trasmesse al servizio GRC/anno	Entro dicembre 2017		1
F2d	Riduzione del rischio di infezioni correlate all'assistenza	Implementazione e monitoraggio della PG * Igiene delle mani*	Questionari Framework OMS compilati per tutte le struttureafferenti e trasmessi al	Entro giugno 2017(1° valutazione) Entro Dicembre		1
F2e		Compilazione questionario Framework OMS e individuazione di aree di miglioramento	-servizio GRC	2017 (2° valut.)		1
					PESO OBIETTIVI F2	5
	Sede e Data negoziazione	Firma Responsabile	. 51			
		7 Timbro e Firma Direzione	The state of the s			



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Responsabile Dr. Gianfranco Pelliccia

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

	OBJETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RAN	GE	PESC
				NEGOZIATO	MIN	MAX	
F3a		Rispetto tetto di budget	Valore economico	1.505.048,55	1,551,596,44	1.505.048,55	2
F3b		Predisposizione di tutti i capitolati di gara di competenza in collaborazione con il DAF	Numero capitolati predisposti /Numero di capitolati da predisporre	100%	90%	100%	2
F3c		Limitazione dell'utilizzo dei prodotti esclusivi	Numero di prodotti esclusivi utilizzati/numero totale prodotti utilizzati	100%	90%	100%	2
F3d	farmaceutica finalizzata alla sicurezze delle cure e all'efficiente utilizzo delle risorse	Aumentare il numero di segnalazioni ADR di farmaci e vaccini	Incremento di almeno il 30% rispetto al numero di segnalazioni effettuate nel 2016	100%	90%	100%	2
F3e		Partecipazione incontri con il DAF per un'analisi mirata dei beni sanitari consumati al fine di promuovere l'appropriatezza prescrittiva con analisi dei dati di spesa e di prescrizione.	Numero di incontri/anno con redazione verbale da inviare alla Direzione Sanitaria: - il primo entro il primo semestre	almeno 2 incontri anno			2
					PESO	OBIETTIVI F3	10



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Responsabile Dr. Gianfranco Pelliccia

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

				G: OBJETTIVI GI PREVENZIONE CORRUZION	r.			
		OBIETTIVI	AZTONI	AZIONI INDICATORI VALORE RANGE		NGE	PESO	
		700.7	ALIUM.		NEGOZIATO	MIN	MAX	FLSU
ni Attuntivi	Gla	Prevenire fenomeni corruttivi	Attuazione e Rispetto delle misure di prevenzione previste nella mappature dei processi di cui al PTPCT in vigenza (vedi colonna intitolata misure di sicurezza associate)	Si rinvia all'indicatore di cui alla mappatura dei processi (vedi colonna intitolata indicatore)	100%			3
Fiani	G1b		Formazione specifica	Partecipazione a corsi di formazione in materia di prevenzione della corruzione	100%			2
						PESO	O OBIETTIVI GI	5
		Sede e Data negozia:	zione Firma Responsabile	The "				
		Foligno 20.1	.2017 Timbro e Firma Direzione	Michigan				



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Responsabile Dr. Gianfranco Pelliccia

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

	OBJETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE	RANGE		PESO	
		Y 77717	#21012		NEGOZIATO	MIN	MAX	,,,,,,
		Puntuale adempimento di quanto previsto dal Piano triennale prevenzione della	Invio alle scadenze previste dei dati,	Soddisfacimento % di adempimenti.	100%			2
	G2b corruzione e Trasparenza dell'ASL Umbria 2 - di		Reportistica annuale sugli adempimenti eseguiti	100%			1	
1 (1111)		Aggiornamento nomine incaricati del trattamento dei dati ex D.L.gs. 196/03	Redazione lettere incaricati	% nomine effettuate tempestivamente e relativo report (elenco nomi) da inviare al Servizio competente	100%			2

Sede e Data negoziazione Firma Responsabile



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Responsabile Dr. Guglielmo Spernanzoni

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

AL OBJETTIVI PER LA GESTIONE E RENDICONTAZIONE DELLE RISORSE E DI EQUILIBRIO ECONOMICO

	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO		NGE	PESO
					MIN	MAX	
AI	Governare la gestione delle risorse assegnate come O.d.S. (Ordinatore della spesa)	Tenuta sotto controllo del budget assegnalo 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
A2n		Puntuale registrazione del DdT e del MAP in tutte le situazioni possibili	entro il 10 del mese successivo	100%			1)
A.2b	Rispettare le procedure amministrativo	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%			18
A2c	Garantire il corretto utilizzo delle risorse con garanzia della coretta alimentazione della contabilità analitica per quanto di pertinenza	Rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori, corretta gestione dei pagamenti in fattura e gestione fatture parcheggiate	N. liquidazioni effettuati entro i 60 giorni dall'arrivo della fattura/ n. liquidazioni totali Corrispondenza data entrata fettura con data base salvo variazioni per motivi oggettivi (documentati)	100%			1
A3n		Corretta alimentazione contabilità analitica nel rispetto della procedura aziendale	Congruità nell'emissione degli ordini con la tipologia di ordine	100% (NC = 0)			2
A3h		Corretta alimentazione contabilità analitica nel rispetto della procedura aziendale	Controllo del budget operativo trasmesso con cadenza trimestrale e controllo della fornitura di beni e servizi anche rapportandosi con i DEC	100%			2

PESO OBIETTIVI ECONOMICI

10



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Responsabile Dr. Guglielmo Spernanzoni

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

				INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	R	PESO	
		OBIETTIVI	AZIONI			MIN	MAX	
	BIn	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 quantiativa e qalitativa dei dati con soddisfazione del debito informativo NSIS	Trasmissione dei flussi nel rispetto delle modalità, della completezza, della qualità, delle scadenza previste dalle disposizioni nazionali e regionali in aderenza alla procedura aziendale per FLS 18	100% (NC = 0)	95%	100%	2
	Bth		Corretta e completa registrazione dei dati nei sitsemi gestionali specifici di pertienza del DIP	Percentuale di informazioni complete	100%	95%	100%	2
		Rendicontazione periodica e annuale delle attività di pertinenza	Produzione della reportistica specifica su format definito (ISP, Promozione Salute ed Epidemioogia, Screening, PSAL, Sanità Animale, IAPZ, IAN, IAOA, Medidina dello Sport)	Trasmissione reportistica richiesta al controllo di gestione su base trimsetrale, su fornat prestabillo, entro 30 giorni dalla chiusura del trimestre	100%	98%	100%	1

2



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Responsabile Dr. Guglielmo Spernanzoni

Anno 2017

PLANO DEGLI OBIETTIVI

	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
					MIN	MAX	7550
Cla	- il contenimento dei tempi di attesa, - l'efficienza organizzativa dei sistema, - l'equità di accesso ai servizi ambulatoriali	Definizione volumi di attività prestazioni ambulatoriali	Rispetto dei volumi di attività offerii a CUP per le prestazioni istituzionali (comprese quelle domicilian laddove previsto). Tale tetto determina anche il volumq massimo di prestazioni ALPI per la struttura che deve essere inferiore.	4.300	4.000	4.300	5
Cth		Monitoraggio erogazione delle prestazioni	Percentuale di prestazioni prenotate sul totale delle prestazioni erogate	85%	80%	100%	
Clc		Monitoraggio tempi di atlesa delle prestazioni RAO e delle prestazioni non RAO	% di prestazioni erogate nei tempi previsti per i RAO (RAO U-3gg; B= 10gg, D=30/60gg; P=360 gg) e per i non RAO (30 gg)	90%	85%	100%	
Cid		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%	
Cle		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%	
C2a	popolazione sana e nella popolazione	Accertamento idoneità sporrtiva	N. Certificazioni idoneilà sportiva/ n. richieste	100%	80%	100%	
C2b		Monitoraggio pazienti diabetici	N. controlli/n. pazienti inviati al servizio	100%	80%	100%	
C3		Pieno utilizzo del ricettario eletronico 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%	

- fin



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Responsabile Dr. Guglielmo Spernanzoni

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

					RANGE		PESO
	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	MIN	MAX	7251
DI	Promuovere la riorganizzazione dei servizi di afferenza del Dipartimento al fine di garantire uniformità di accesso ai servizi nel diversi ambiti territoriali	Implementare riunioni dipartimentali almeno 1 a trimestre su: - Discussione di procedure e protocolli aziendali - Semplificazione/integrazione organizzativa dei servizi gestiti volte a ridurre le UU.OO., semplificare il percorso del paziente, flessibilizzare i servizi in relazione alla domanda, ridurre il personale necessario o quantomeno contenere le richieste di sostituzione nei limiti imposti dalla normativa vigente utilizzando lutti gli strumenti contrattuali possibili Le riunioni sono obbligatorie e vanno documentate da verbali di riunioni da inviare alla Direzione Sanitaria	Numero di verbali inviati alla Direzione Sanitaria /Numero riunioni effettuate	100%			2
D2a	Promuovere la riorganizzazione e la razionalizzazione dei servizi territoriali in aderenza alle linee di indirzzo regionali e alla programmazione aziendale per: - efficientare il sistema - assicurare percorsi di presa in carico dei	Definzione degli orari dei servizi anche attraverso l'elaborazione di proposte di aggregazione di servizi su base distrettuale o interdistrettuale mediante l'elaborazione di turnistica di servizio e/o di turnistica unificata	Presentazione dell'elaborazione della turnistica di servizio e/o di turnistica unificata entro il 28.2.2017	100%			2
			Numero tumi presentati su base mensile/numero tumi previsti dalla proprosta validata	100%			2
Dia		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 Diaprimento e omogeneizzazione delle procedure operative	100%			-1
D1h		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 ridefinzione dei punti vaccinali a livello distrettuale e governo unitario a livello del Dipartimento di Prevenzione	100%			1
Dic		Riorganizzazione delle attività di controllo delle acque polabili e degli impianti natatori	Ridefinizione dell'organizzazione delle attività di controllo delle acque potabili e degli impianti natatori per una gestione omogena area nord e area sud all'interno del Dipartimento di Prevenzione	100%			-1
Did		Riorganizzazione componente lecnica del Dipartimento	Ridefinizione dell'organizzazione della componente tecnica all'interno del Dipartimento di Prevenzione, presentazione proposta entro il 28.2.2017	100%			4

PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Responsabile Dr. Guglielmo Spernanzoni

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

			E OBIETTIVI DI ATTIVITÀ				
	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO		ANGE MAX	PES
Ela		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% schede di follow up per TBC notificate nel 2016	MIN		
E161			Tasso copertura vaccinazioni obbligatorie	<u>≥</u> 95	80%	<u>></u> 95	
Е1ь2	Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione per la PREVENZIONE delle MALLATTIE INFETTIVE attraverso azioni specifiche		Tasso copertura vaccinale MPR I dose nei bambini.	<u>≥</u> 95	80%	<u>> </u> 95	
E163		Garantire la copertura vaccinale Aderenza ai programmi vaccinali	Tasso copertura vaccinale MPR II dose nei bambini (5-6 anni)	<u>> 90</u>	80%	<u>≥</u> 90	
E164		Additional and programming vaccination	Tasso copertura vaccinale per pneumocco	<u>></u> 90	80%	<u>></u> 90	
E1b5			Tasso copertura vaccinale per 1 dose HPV	≥.80	80%	<u>≥</u> 80	
Eth6			Tasso copertura vaccinale antifluenzale negli anziani > 65 anni	≥75	70%	<u>></u> 75	
Elel		Omogeneizzazione sul territorio aziendale della attività di vigilanza	Redazione piano di vigilanza annuale e applicazione protocolli operativi con definizione degli standard di attivita', rispetto dei paini di attivita' programmati	100% previsti da PRP			
	Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione per i PIANI DI VIGILANZA attraverso azioni specifiche	Controlli Impianti natatori pubblici e/o privati	% controlli effettiati	100% previsti da PRP			
E1c3		Effettiazone prelievi acqua potabile pubblici acquedotti	N, prelieva	100% previsti da PRP			
E1c4		Rendiconlazione monitoraggio potabilità delle acque	Relazione	100% previsti da PRP			

tur

Felle

	S.Jar	DIREZIONE AZIENDALE
SCHEDA OBILI	<u>\$</u>	AREA SANITARIA
SCHEDA OBIET		SCHEDA OBIETTIVI

REZIONE AZIENDALE

USLUmbria2 UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE Responsabile Dr. Guglielmo Spernanzoni Anno 2017 PIANO DEGLI OBIETTIVI Promozione della Salute nella scuola primaria 100% secondo il Piano aziendale e il PR anno 2017 N. Interventi nelle scuole/ N. interventi previsti E2a pensiamo positivo, YAPS e Unplugged N. Interventi per promuovere gli stili di vita sani Promozione della Salute secondo il Piano 100% aziendale e il PRP Azienda senza fumo, (alcool, fumo, alimetazione, sedentarietà)/ N. E2b interventi previsti Umbria Cammina Conseguimento Obiettivi speciifici per la Sostenere I programmi di sorveglianza della Realizzazione sorveglianza PASSI, PASSI 100% 5 E2c PROMOZIONE DELLA SALUTE attraverso salute della popolazione e le indagini campione d'Argento, report Okkio alla salute. azioni specifiche Attività per la redazione del Piano Aziendale di Elaborazione del Piano Aziendale di 100% E2d Promozione della Salute 2017 Promozione della salute Numero attività formative per la promozione della salute, per il 2017/ rispetto quanto Redazione di percorsi formativi sui temi della previsto da PRP (YAPS, Pensiamo Positivo, 100% E2e promozione della salute Unplugged, corsi per la rete aziendale di promozione della salute) ecc.



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Responsabile Dr. Guglielmo Spernanzoni

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

E301		Aderenza al programma specifico screenng	B.5.2.1. Estensione corretta dello screening della cervice uterina	> =95%	> 90%	>=95%	
E3a2	PREVENZIONE MALATTIE ONCOLOGICHE attraverso i pogrammi di screening	citologico	B.5.2.2 Adesione corretta allo screening della cervice uterina	> = 70%	>50%	>= 70%	
E3n3		Aderenza al programma specifico screenng mammografico	B.5.1.1. Estensione corretta dello screening mammografico	> =95%	90%	>=95%	
E3a4			B.5.1.2 Adesione corretta allo screening mammografico	> =70%	>60%	>=70%	
E3a5		Aderenza al programma specifico screening	B.5.3.1. Estensione corretta dello screening colorettale	>=95%	> 90%	>=95%	
E3a6		citologico	B.5.3.2 Adesione corretta allo screening colorettale	>=65%	>42%	> =65%	
£351	Miglioramento degli iter di presa in carico dei percorsi per gli screening omcologici	Piena altuazione dei percorsi diagnostici di secondo livello per gli screening oncologici	Completamento percorsi di secondo livello con prenotazione in DEMETRA e accettazione a CUP	100%			
E362		Attuazione programmper le fasce di popolazione individuate	Inviili per i 3 screening in linea con la programmazione regionale	100%			
Trans. re-		in carico dei	Rispetto tempo di attesa per colposcopia	80% entro 30 gg 95% entro 45 gg			
E3b3			Rispetto tempo di attesa per indiagini mammografiche di Il livello	80% entro 30 gg 95% entro 45 gg			
E365		mangin at opposition from	Ridurre l'attesa per la colonscopia in caso di FOBT positivo	60% entro 30 gg. 90% entro 45 gg.			





DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Responsabile Dr. Guglielmo Spernanzoni

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

F4a1			N° complessivo di cantieri ispezionati	100% previsti da PRP		
2.400		Mantenere adequati livelli di vigilanza, in	N° aziende con dipendent + lavoratori autonomi			
E4#2		particolare in edilizia e agricollura	aggetto di ispezione	100% previsti da PRP		
E.4a3	Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione per la promozione della salute e		N° di cantieri ispezionali per amianto	100% previsti da PRP		
E4n4	sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro ATTIVITA' DI VIGILANZA NEI LUOGHI DI LAVORO	Attività di vedifica e isnezione attrezzature e	N* controlli su soggetti abilitati	100% previsti da PRP		
E4a4			N° Verifiche periodiche impianti riscaldamento	100% previsti da PRP		
E4a6			N° Venfiche periodiche serbatoi a pressione	100% previsti da PRP		
E4b1	Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione per la promozione salute e sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro ATTIVITA' DI IGIENE INDUSTRIALE		N° aziende sottoposte a monitoraggio agenti cancerogeni	100% previsti da PRP		
E462		Progetti PRP	N° aziende/cantieri controllati con indagini di igiene industriale	100% previsti da Programmazione PSAL		5
E4b3			N° aziende sottoposte a controllo per REACH/CLP	100% previsti da PRP		
E4c1	Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione per la promozione salute e		N° inchieste infortuni concluse	100% previsti da PRP		
E4c2	sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro PREVENZIONE INFORTUNI E MALATTIE PROFESSIONALI	Attività di indagine su infortuni sul lavoro e malattie professionali	N° inchieste maiattie professionali concluse	100% previsti da PRP		
E4d1	Prevenzione per la promozione salute e sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro dagli interventi di vigilanza alle buone prassi	Valutare la documentazione della USL n.2 sia in termini di valutazione del rischio Stress	Report con elaborazione statistica dei risultati dei focus group del 2016 per i vari territon distrettuali e presidi ospedalieri o particolari altri sottogruppi nchiesti dal SPP	max 15 report		
E4d2		Lavoro Correlato che di intervento per la promozione del benessere organizzativo e validare le buone prassi. Assistenza al Servizio I	Report con elaborazione statistica dei questionan HSE eventualmente distribuiti dal SPP	max 15 report		
E4d3	organizzativo	Prevenzione e Protezione aziendale nella realizzazione di una buona prassi	Validazione finale della buona prassi	ä		
E4ft	Definire e mettere in atto le procedure per i principali processi svolti all'interno dei Servizi PSAL	Attuare le procedure già approvate	Verifica applicazione procedure approvate	100% previsti da PRP		

tu.

Jule'



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Responsabile Dr. Guglielmo Spernanzoni

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

E5a1	Conseguimento Obiettivi del Piano della		N. allevamenti bovini oggetto di profilassi per BRC e LEB / N.allevamenti testati	50,00%		
E5a2	Prevenzione per la Promozione della sicurezza alimentare Attivazione piani di sanità pubblica veterinaria per il controllo delle malattie	Effettiazione controlli nei confronti della tbc dei bovini e bufalini	N. allevamenti bovini oggetto di profilassi per TBC/ N.allevamenti testati	25,00%		
E5a3			N. allevamenti ovini oggetto di profilassi per BRC / N.allevamenti testati	25%		
E5h1	Prevenzione per la Promozione della Sicurezza alimentare Attivazione piani di sanità pubblica veterinaria per il controllo allevamenti		N. allevamenti bovini ogetto di ispezioni per il. sistema I & R / N. allevamenti controllati	3%		
E562		Effettiazione controlli anagrafi	N. allevamenti ovini ogetto di ispezioni per il sistema I & R / N. allevamenti controllati	3%		5
E5b3			N., allevamenti suinicoli ogetto di ispezioni per il sistema I & R / N. allevamenti controllati	1%		
E5b4			N. allevament di equidi ogetto di ispezioni per il sistema I & R / N. allevamenti controllati	3%		
E5b5		Effettiazione controlli allevamenti per Salmonella	N. allevamenti avicoli inseriti nei piani Salmonella / N, allevamenti testalisecondo la specifica nomativa	100%		
	Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione Interventi PET	Effettuazione interventi pet	N. cani non identificati ed immessi nei canili / N. cani sterilizzati dopo 60 giorni dalla cattura	98%		

tub.

Jell'



DIREZIONE AZIENDALE

	USL Umbria2	UFFICIO DI PIANO	UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
		DIPARTIM	IENTO DI PREVENZIONE				3-143		
		Responsai	bile Dr.Guglielmo Spernanzoni						
			Ацпо 2017						
1		<u>PIA</u> .	NO DEGLI OBIETTIVI						
E62	at'		N. aziende controllate/N. aziende sul territorio in base alla ctegorizzazione del rischio	98%					
E60		Sorveglianza e controllo delle aziende	N. provvedimenti D.lgs 193/2007/N. unità controllate	90%					
E62			Numero strutt. san. controllate per legionellosi/ Num. Strutt. Presenti	100%					
E61	Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione per Promuovere la Sicurezza Alimentare e la sorveglianza nutrizionale	Tempo di definzione dei pareri di comptenza	Tempo medio per l'espressione pareri in gg.	10gg			5		
E6c			N. campioni alimenti e bevande effettuati/ N. campioni previsti dai programmi regionali e nazionali di campionamento	20,00%					
E6c		Sorveglianza piano campioni alimenti e bevande	N. visite mense collettive/N. mense collettive autorizzate presenti sul terrilorio	98%					
E6c.	3		N. menù validati e/o redatli/N. richieste pervenute	25,00%					



DIREZIONE AZIENDALE

UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE Responsabile Dr. Guglielmo Spernanzoni Anno 2017 PLANO DEGLI OBIETTIVI Definire piani di controllo e vigilanza aziendali sulla E7a1 base della categorizzazione del rischio Rispetto frequenza in base DGR 137/13 90 - 100% nelle aziende REGISTRATE almentare Conseguimento Obiettivi del Piano della Definire piani di controllo e vigitanza aziendali sulla Prevenzione per la promozione sicurezza E7a2 alimentare e azioni controllo e di vigilanza su base della categorizzazione del rischio: Rispetto frequenza in base DGR 137/14 100% negi IMPIANTI DI MACELLAZIONE Definire piani di controllo e vigilanza aziendali sulla imprese conosciute e registrate Definire piani di controllo e vigilanza aziendali base della categorizzazione del rischio: E7a3 Rispetto frequenza in base DGR 137/15 100% negli stabilimenti RICONOSCIUTI di lavorazione 5 degli alimenti di origine animale Consequimento Obiettivi del Piano della Ispezioni e prelievi di matrici alimentari ministeriali Numero ispezioni- campionamneti Prevenzione (Piano Nazionale Residui) - Piani regionali, 100% E7b effettuati/numero ispezioni-campionamneti quando applicabili MACROAREA SICUREZZA (azioni di vigilanza- prelievo matrici) individuati Aderenza PNR ALIMENTARE : IAN - IAOA Conseguimento Obiettivi del Piano della Ispezioni e prelievi di matrici alimentan piani Numero ispezioni-campionamneti Prevenzione 100% regionali (PRIC) quando applicabil MACROAREA effettuati/numero ispezioni-campionamneti (azioni di vigilanza- prelievo matrici) SICUREZZA: IAN - IAOA individuati Aderenza PRIC



DIREZIONE AZIENDALE

100% previsti da PRP

UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE Responsabile Dr. Guglielmo Spernanzoni Anno 2017 PIANO DEGLI OBIETTIVI Conseguimento Obiettivi del Piano della ESal Sopralluoghi caseiifici registrati Numero sopralluoghi 27 Prevenzione (azioni vigilanza allevamenti) E8a2 Aderenza al PNI Sopralluoghi caseifici riconosciuli Numero sopralluoghi 51 Sopralluoghi gelaterie % Controlli 20 Attività per il Piano nazionale alimentazione ESb1 N° altività sopralluogi e/o vigilanza 100% previsti da PRP Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione E8b2 Altività per il Piano nazionale residui por N° attività sopralluogi e/o vigilanza 100% previsti da PRP (azioni vigilanza allevamenti) Aderenza al PNR E8h3 Altivilà per il Piano farmacosorveglianza N° attivitá sopralluogi e/o vigilanza 100% previsti da PRP 5 Attività per il Piano nazionale benessere EScl N° attività e controli 100% previsti da PRP Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione Attività per il Piano nazionale riproduzione E8c2 (azioni vigilanza allevamenti) N° attività e controlli 100% previsti da PRP animale Aderenza al PNE Attività per il Controlli sottoprodotti di origine E8c3 N* attività e controlli

PESO OBIETTIVI DI ATTIVITA'



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Responsabile Dr. Guglielmo Spernanzoni

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
					MIN	MAX	
-	Promuovere la gestione di qualità delle attività delle strutture e dei servizi attraverso il conseguimento dell'accreditamento/della	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Qualità e Accreditamento			20000000		
FI	ertificazione o l'avvio delle procedure per il GGQ per assicurare gli standard e i livelli di conformità previsti dalle norme di	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	90%	100%	
	Accreditamento Istituzionale e dalle norme	Conseguimento obiettivi negoziati	1				
		Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Rischio Clinico			90%	100%	5
F2	della gestione del rischio clinico al fine di identificare i potenziali rischi e le risposte adeguate perseguendo obiettivi aziendali strategici ben delineati.	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget	Obietlivi conseguiti/obietlivi previsti	100%			
		Conseguimento obiettivi negoziati					
	Garantire la gestione appropriata nell'utilizzo dei beni sanitari per le strutture di pertinenza Promuovere il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed autorizzativa	Strutturazione del programma specifico e dei tetti di spesa per la struttura con il Dipartimento di Assistenza Farmaceutica	Obiethvi conseguiti/obietlivi previsti			100%	5
F3		Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget		100%	90%		
		Conseguimento obiettivi negoziati					
		Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Promozione della Salute	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti		90%	100%	5
F4.	Salute in aderenza a quanto previsto dal Piano della Prevenzione con il supporto del Servizio Promozione della Salute	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget		100%			
		Conseguimento obiettivi negoziati					

Lat.

James



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Responsabile Dr. Guglielmo Spernanzoni

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

		OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI		RANGE		PESO
		ODIEVITY	AZIUNI		VALORE NEGOZIATO	MIN	MAX	PESO
G G		Attuazione dellle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2016-2018	Mappatura processi e individuazione attività di rischio per la struttura con l'ufficio Prevenzione Corruzione	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%			
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					5
			Conseguimento obiettivi negoziati					
	G2	Attuazione dellle misure previste per la propria struttura dal Piano Triennale per l'integrità e la Trasparenza	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Responsabile Amministrazione Trasparente					
G			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget		100%			5
			Conseguimento obiettivi negoziati					

Lal

Heer



_	AREA SANITARIA
USLUmbria2	UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE
	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE Responsabile Dr. Guglielmo Spermanzoni Auno 2017 PLANO DEGLI OBIETTIVI PESO TOTALE 100 E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura, nonchè del/i responsabile/i di posizione organizzativa illustrare e condividere, con tutto il personale afferente la struttura, gli obiettivi gestionali assegnati. L'assolvimento degli obiettivi oli elegia 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 des osgogetti. L'illustrazione e condivisione degli obiettivi i que tutto il personale della Struttura vanno verbalizzate e i verbali redatti con individuazione del 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 L'illustrazione e 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 nonchè del/i responsabile/i di posizione organizzativa utile ai fini della sua valutazione individuale. E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura della diritti y di altri Valutatori presenti nella struttura assegnare gli obiettivi di performance individuali a tutte le risorse umane afferenti la struttura attraverso l'utilizza dei moduli previsti dalla procedura (01,02,03,04,05) specificando per gli item A obiettivi specifica sie individuali. Tutte le schede previste sottoscritte dal valutatore unite ai fini della valutatore nel vulti e a fini della valutatore del valutatore. NOTA La struttura à tenuta ad inviare le relazioni di andamento periodico, su base trimestrale entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi gestionali. Tali operatività a	
	PESG TOTALE 100
A L'assolvimento degli obblighi di legge in merito a prevenz retribuzione di risultato/produttività collettiva per detti s L'illustrazione e condivisione degli obiettivi a tutto il pers	ione della corruzione, trasparenza ed integrità in capo ai Responsabili di struttura (dirigenti e titolari P.O.) costituisce condizione di accesso all'istituto della orggetti. onale 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
B I momenti di illustrazione e condivisione vanno verbalizza	ati
E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura e di dei moduli previsti dalla procedura (01,02,03,04,05) spec Tutte le schede previste sottoscritte dal valutatore e dal valutate per gli	i tutti gli altri Valutatori presenti nella struttura assegnare gli obiettivi di performance individuali a tutte le risorse umane afferenti la struttura attraverso l'utilizzo ificando per gli item A obiettivi specifici se individuati. Valutato vanno trasmesse all'Ufficio Relazioni Sindacali e Politiche del Personale entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi gestionali. Valutato vanno trasmesse all'Ufficio Relazioni Sindacali e ntro il 10.3.2018.
NOTA La struttura è tenuta ad inviare le relazioni di andamento D La mancata trasmissione delle relazioni suddette comport	o periodico, su base trimestrale entro 30 gg. dalla scadenza del trimestre, utilizzando il modulo specifico, e la relazione finale entro il 28 febbraio 2018. La una decurtazione del punteggio finale pari al massimo al 10% del totale ottenuto.
Sede e Data negoziazione Fi	irma Responsabile Julill



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Responsabile Dr. Guglielmo Spernanzoni

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

				VALORE	RANGE		PESO
	OBJETTIVI	AZIONI	INDICATORI	NEGOZIATO	MON	MAX	
Sieurezza delle Cure	Completamento dello sviluppo del SGQ dei servizi vaccinali sulla base delle linee guida	Completamento del SGQ definito	Redazione delle procedure previste	100%			5
14.15	regionali in collaborazione con Distretti				breco	OBIETTIVI FI	

Sede e Data negoziazione Firma Responsabile



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Responsabile Dr. Guglielmo Spernanzoni

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

F: OBIETTIVI F2 RISCHIO CLINICO

			THOTCATOOT	VALORE	RANGE		PESO
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	NEGOZIATO	MIN	MAX	
i	Consolidamento del sistema locale di incident reporting: sensibilizzazione alla segnalazione degli eventi avversi e degli	Riunione sull'argomento incident reporting con i servizi vaccinali, screening oncologico, medicina dello sport	Riunione documentata (verbale + foglio firma) sul tema	Entro aprile 2017			2
F2b	eventi evitati, superamento delle barriere		N° schede Segnalazione di eventi avversi o quasi eventi compilate e trasmesse al servizio GRC /anno	Entro dicembre 2017			1
F2c	Azioni per la promozione della campagna di prevenzione della Legionellosi e della campagna prevenzione della Tubercolosi	Riunioni con le Direzioni Sanitarie Ospedliere per la promozione delle campagne	Riunioni documentate e attuazione delle azioni individuate	Riunioni entro aprile 2017 e azioni entro dic 2017			2
			}		PESC	OBIETTIVI F2	5

Sede e Data negoziazione Firma Responsabile



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Responsabile Dr. Guglielmo Spernanzoni

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

			P: OBJETTIVI F3 FARMACEUTICA				
				VALORE	RANI	9 E	PESO
	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	NEGOZIATO	MIN	MAX	
Apprprintezza e ieurezza delle Cure	Gestione appropriata utilizzo beni sanitari per le strutture di pertinenza	Monitoraggio della richiesta/consumo dei beni sanitari	Cifra economica assegnata dal servizio farmaceutico	258.903,30	266.910,62	258.903,30	5
8		0			PESO	OBIETTIVI F3	5

Sede e Data negoziazione Firma Responsabile



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Responsabile Dr. Guglielmo Spernanzoni

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

			AZIONI	INDICATORI	VALORE	RANGE		PESO
	ÓBIFTTIVI			INDICATORI	NEGOZIATO	MIN	MAX	
	3.9	Realizzazione obiettivi di sorv e promozione della salute	Previste dal PRP	Quelli del Piano	70%	60,00%	90%	2
	415	Attività come da delibera costituzione SSD sorv e prom salute ed Epidemiologia	Attività del PRP	Quelli del Piano	80%	70,00%	90%	1
	4c	Igiene degli Alimenti e della Nutrizione - la mensa come strumento di ed. alimentare e contenimento degli sprechi	Attività previste dal PRP	Quelli del Piano	80%	70,00%	90%	1
1	4d	Sanità Animale - Canili aperti per promuovere la salute	Attività previste dal PRP	Quelli del Piano	80%	70,00%	90%	11
PESO OBJETTIVI						O OBIETTIVI F4	5	



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Responsabile Dr. Guglielmo Spernanzoni

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

			G: OBIETTIVI GI PREVENZIONE CORRUZIONE						
	OBJETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE	RANGE		PESO	
		DRIEFFIE	AZIUNI	JADJEA7041	NEGOZIA70	MIN	MAX		
Attuativi	Gla	Prevenire fenomeni corruttivi	Attuazione e Rispetto delle misure di prevenzione previste nella mappature dei processi di cui al PTPCT in vigenza (vedi colonna intitolata misure di sicurezza associate)	Si rinvia all'indicatore di cui alla mappatura dei processi (vedi colonna intitolata indicatore)	100%			3	
Pian	G1b		Formazione specifica	Partecipazione a corsi di formazione in materia di prevenzione della corruzione	100%			2	
PESO OBJETTIV						O OBIETTIVI GI	5		

Sede e Data negoziazione Firma Responsabile



DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Responsabile Dr. Guglielmo Spernanzoni

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

			AZIONI	ENDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
		OBJETTIVI				MIN	MAX	
		Piano triennale prevenzione della corruzione e Trasparenza dell'ASL Umbria 2 - triennio		Soddisfacimento % di adempimenti.	100%			2
				Reportistica annuale sugli adempimenti eseguiti	100%			1
Piani		Aggiornamento nomine incaricati del trattamento dei dati ex D.L.gs. 196/03	Redazione lettere incaricati	% nomine effettuate tempestivamente e relativo report (elenco nomi) da inviare al Servizio competente	100%			2
				7		PESC	OBJETTIVI G2	5

Sede e Data negoziazione Firma Responsabile