

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA				
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE				
DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE						
Responsabile Dr.ssa Sonia Biscontini						
Anno 2017						
PIANO DEGLI OBIETTIVI						
A: OBIETTIVI PER LA GESTIONE E RENDICONTAZIONE DELLE RISORSE E DI EQUILIBRIO ECONOMICO						
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE MIN MAX	PESO
Contabilità Generale e Analitica	A1	Gestione Risorse assegnate in forma delegata dal Distretto	Tenuta sotto controllo del budget	Monitoraggio fattori produttivi e rendicontazione al Distretto per la verifica della Spesa	100%	3
	A2	Garantire il corretto utilizzo delle risorse con garanzia della corretta alimentazione della contabilità analitica per quanto di pertinenza	Corretta alimentazione contabilità analitica nel rispetto della procedura aziendale	Controllo del budget operativo trasmesso con cadenza trimestrale e controllo della fornitura di beni e servizi anche rapportandosi con i DEC	100%	4
PESO OBIETTIVI ECONOMICI						7

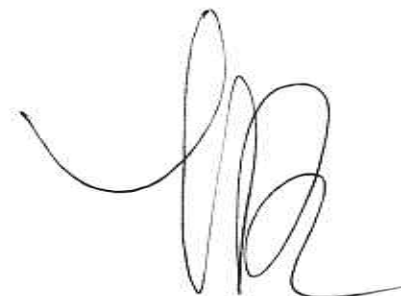



SCHEDA OBIETTIVI DIPENDENZE

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE							
Responsabile Dr.ssa Sonia Biscontini							
Anno 2017							
PIANO DEGLI OBIETTIVI							
B- OBIETTIVI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DEI DATI E DEI FLUSSI INFORMATIVI							
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE MINMAX		PESO
Flussi Informativi	B1a	Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati con alimentazione dei flussi informativi di governo NSIS e la corretta e completa registrazione dei dati da parte dei Servizi Territoriali nel SW gestionale con alimentazione dei rispettivi flussi	Corretta tenuta dei flussi di governo (STS, FLS.....) nel rispetto della procedura aziendale di riferimento, attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati per la copertura quantitativa e qualitativa dei dati con soddisfazione del debito informativo NSIS	Trasmissione dei flussi nel rispetto delle modalità, della completezza, della qualità, delle scadenze previste dalle disposizioni nazionali e regionali in aderenza alla procedura aziendale che prevede i seguenti controlli: % modelli STS11 inviati rispetto al numero dei modelli dovuti che rilevano le strutture che erogano assistenza per tossicodipendenti/alcolodipendenti e AIDS	100% (NC = 0)	95%100%	4
	B1b		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 tempistiche del flusso SIND	100%	95%100%	3
	B1c		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 trimestrale, su format prestabilito, entro 30 giorni dalla chiusura del trimestre	100%	98%100%	3
PESO OBIETTIVI FLUSSI INFORMATIVI							10



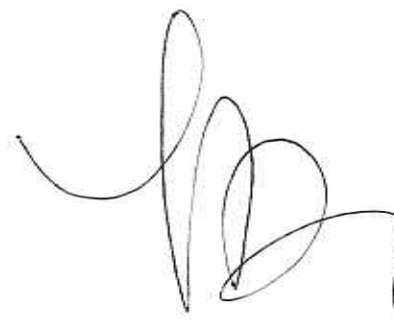

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE								
Responsabile Dr.ssa Sonia Biscontini								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
C: OBIETTIVI DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI								
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Liste di attesa	C1	Garantire le corrette modalità organizzative ed erogative per la gestione dell'offerta delle prestazioni	Definizione volumi di attività per le prestazioni dei servizi	Rispetto del Volume di prestazioni complessive per i SERD	100%	80%	100%	5
PESO OBIETTIVI LISTE ATTESA							5	

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE							
Responsabile Dr.ssa Sonia Biscontini							
Anno 2017							
PIANO DEGLI OBIETTIVI							
D: OBIETTIVI ORGANIZZATIVI							
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE MINMAX		PESO
Organizzazione	D1	Promuovere la riorganizzazione dei servizi di afferenza del Dipartimento in collaborazione con i Distretti al fine di garantire uniformità di accesso ai servizi nei diversi ambiti territoriali Implementare riunioni dipartimentali con la partecipazione attiva dei Direttori di Distretto, 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 Distretti e alla Direzione Sanitaria	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 Distretti /Numero riunioni effettuate	100%			4




		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE								
Responsabile Dr.ssa Sonia Biscontini								
Anno 2017								
<u>PIANO DEGLI OBIETTIVI</u>								
	D3a	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	Definizione 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
	D3b			Numero turni presentati su base mensile/numero turni previsti dalla proposta validata	100%			2
	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 definizione dei percorsi e registrazione al CUP	Attivazione dei nuovi percorsi	100%			3
	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%			2
PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI								18



SCHEDA OBIETTIVI

AREA SANITARIA

DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

Responsabile Dr.ssa Sonia Biscontini

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

E: OBIETTIVI DI ATTIVITA'

OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Attività	E1a	Promuovere la prevenzione delle malattie infettive trasmissibili, la cura delle intossicazioni acute e croniche da sostanze psicotrope, la promozione di stili di vita più salutari, al fine del miglioramento complessivo della qualità di vita attraverso l'assistenza qualificata nei servizi SERT e Alcologia	Garantire le corrette modalità organizzative ed erogative per la gestione dell'offerta delle prestazioni cliniche dei servizi	Volumi di attività prestazioni di accesso ai servizi	≥ anno 2015	< 2% anno 2015	≥ anno 2015	3
	E1b		Formulazione dei programmi terapeutici personalizzati condivisi con i soggetti coinvolti	100%			3	
	E1c	Grantire i percorsi di accesso ai servizi per i pazienti non residenti	Definizione e implementazione delle procedure di riferimento	100%			3	
	E2	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 urgenti	100% (rilevazione IV trimestre)			3
	E4a	Applicazione modelli assistenziali e di presa in carico dei pazienti così come redatti lo scorso anno	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

PESO OBIETTIVI DI ATTIVITA'

20



SCHEDA OBIETTIVI
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

Responsabile Dr.ssa Sonia Biscontini

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

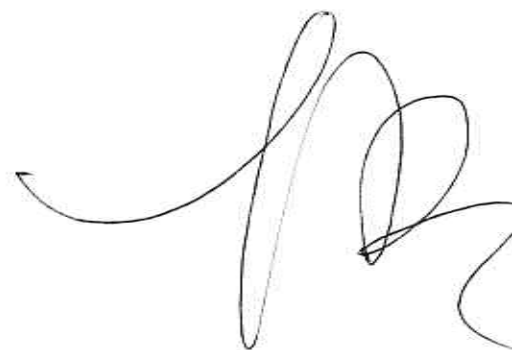
F. OBIETTIVI DI QUALITA', DI APPROPRIATEZZA E DI SICUREZZA DELLE CURE

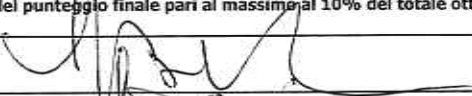
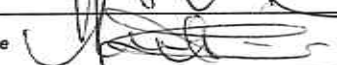
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Qualità, Appropriata e Sicurezza delle Cure	F1	Promuovere la gestione di qualità delle attività delle strutture e dei servizi attraverso il conseguimento dell'accreditamento/della certificazione o l'avvio delle procedure per il SGQ per assicurare gli standard e i livelli di conformità previsti dalle norme di Accreditamento Istituzionale e dalle norme ISO	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Qualità e Accredimento	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	90%	100%	10
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
	F2	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%	90%	100%	5
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
	F3	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	100%	90%	100%	10
		Promuovere il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed autorizzativa	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE							
Responsabile Dr.ssa Sonia Biscontini							
Anno 2017							
PIANO DEGLI OBIETTIVI							
F4	Promuovere le attività di promozione della Salute in aderenza a quanto previsto dal Piano della Prevenzione con il supporto del Servizio Promozione della Salute	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Promozione della Salute	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	90%	100%	5
		Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
		Conseguimento obiettivi negoziati					
PESO OBIETTIVI QUALITA', APPROPRIATEZZA, SICUREZZA DLLE CURE							
							30




			SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
			DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE								
Responsabile Dr.ssa Sonia Biscontini								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
G: OBIETTIVI PER LA REALIZZAZIONE DEI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Piani Attuativi	G1	Attuazione delle 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%			5
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
	G2	Attuazione delle 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	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%			5
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
PESO OBIETTIVI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI								10
							PESO TOTALE	100

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE
DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE		
Responsabile Dr.ssa Sonia Biscontini		
Anno 2017		
<u>PIANO DEGLI OBIETTIVI</u>		
NOTA A	E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura, nonché del/i responsabile/i di posizione organizzativa illustrare e condividere, con tutto il personale afferente la struttura, gli obiettivi gestionali assegnati. L'assolvimento degli obblighi di legge in merito a prevenzione della corruzione, trasparenza ed integrità in capo ai Responsabili di struttura (dirigenti e titolari P.O.) costituisce condizione di accesso all'istituto della retribuzione di risultato/produttività collettiva per detti soggetti. L'illustrazione e condivisione degli obiettivi a tutto il personale della struttura vanno verbalizzate e i verbali redatti con individuazione dei convocati e le firme dei presenti vanno trasmessi al Controllo di Gestione entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi e/o dei piani specifici.	
NOTA B	L'illustrazione e la condivisione va fatta anche per tutti gli altri piani, se assegnati alla struttura (qualità e accreditamento, rischio clinico), per consentirne la piena attuazione. I momenti di illustrazione e condivisione vanno verbalizzati Tale operatività rappresenta obiettivo specifico del Direttore/Responsabile nonché del/i responsabile/i di posizione organizzativa utile ai fini della sua valutazione individuale.	
NOTA C	E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura e di tutti gli altri Valutatori presenti nella struttura assegnare gli obiettivi di performance individuali a tutte le risorse umane afferenti la struttura attraverso l'utilizzo dei moduli previsti dalla procedura (01,02,03,04,05) specificando per gli item A obiettivi specifici se individuati. Tutte le schede previste sottoscritte dal valutatore e dal valutato vanno trasmesse all'Ufficio Relazioni Sindacali e Politiche del Personale entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi gestionali. Tutte le schede previste dovranno essere valutate per gli item A entro il 28.2.2018 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 D	La struttura è tenuta ad inviare le relazioni di andamento periodico, su base trimestrale entro 30 gg. dalla scadenza del trimestre, utilizzando il modulo specifico, e la relazione finale entro il 28 febbraio 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 13.1.2017		Timbro e Firma Direzione 

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE								
Responsabile Dr.ssa Sonia Biscontini								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
F. OBIETTIVI F1 QUALITA' E ACCREDITAMENTO								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Qualità, Appropriatezza e Sicurezza delle Cure	F1a	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
	F1b	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%			3
	F1c	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
PESO OBIETTIVI F1								10
Sede e Data negoziazione			Firma Responsabile					
Foligno 13.1.2017			Timbro e Firma Direzione 					

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE								
Responsabile Dr.ssa Sonia Biscontini								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
F1 OBIETTIVI F2 RISCHIO CLINICO								
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Qualità, Appropriatezza e Sicurezza delle Cure	F2a	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			3
	F2b		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
PESO OBIETTIVI F2							5	
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile						
Foligno 13.1.2017		Timbro e Firma Direzione						

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE								
Responsabile Dr.ssa Sonia Biscontini								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
F. OBIETTIVI F3 FARMACEUTICA								
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Qualità, Appropriatezza e Sicurezza delle Cure	F3a	Rispetto tetto di budget	Valore economico	501.047,39	516.543,70	501.047,39	2	
	F3b	Predisposizione protocolli prescrizione farmaci per HIV di intesa con Az. Osp. di Terni (gruppo inetrziendale)	Presentazione protocolli entro Marzo/ Aprile	100% di quelli previsti	90%	100%	1	
	F3c	Promuovere l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica finalizzata alla sicurezza delle cure e all'efficiente utilizzo delle risorse	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
	F3d	Erogazione 1° ciclo terapia nei pazienti dimessi	Numero dei pazienti che ritirano i farmaci /numero dei dimessi	≥1%	90%	100%	2	
	F3e	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	
	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			2	
PESO OBIETTIVI F3							10	
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile						
Foligno 13.1.2017		Timbro e Firma Direzione						

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE							
Responsabile Dr.ssa Sonia Biscontini							
Anno 2017							
PIANO DEGLI OBIETTIVI							
F. OBIETTIVI F4 PROMOZIONE SALUTE							
OBIETTIVI Qualità, Appropriatezza e Sicurezza delle Cure		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
					MIN	MAX	
F4a	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
F4b	Miglioriamo la salute dei bambini umbri	Incontri genitori/psicologi	incontri programmati/incontri effettuati	70%	60,00%	90%	2
PESO OBIETTIVI F4							5
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile					
Foligno 13.1.2017		Timbro e Firma Direzione					

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE							
Responsabile Dr.ssa Sonia Biscontini							
Anno 2017							
PIANO DEGLI OBIETTIVI							
G: OBIETTIVI G1 PREVENZIONE CORRUZIONE							
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
					MIN	MAX	
Piani Attuativi	G1a	Prevenire fenomeni corruttivi	Attuazione e Rispetto delle misure di prevenzione previste nella mappatura dei processi di cui al PTPCT in vigore (vedi colonna intitolata misure di sicurezza associate)	100%			3
	G1b		Formazione specifica	Partecipazione a corsi di formazione in materia di prevenzione della corruzione	100%		
PESO OBIETTIVI G1							5
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile					
Foligno 13.1.2017		Timbro e Firma Direzione					

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE							
Responsabile Dr.ssa Sonia Biscontini							
Anno 2017							
PIANO DEGLI OBIETTIVI							
G: OBIETTIVI G2 TRASPARENZA							
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE MIN MAX	PESO
Piani Attuativi	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	Soddisfaccimento % di adempimenti.	100%		2
	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
PESO OBIETTIVI G2							5
Sede e Data negoziazione			Firma Responsabile				
Foligno 13.1.2017			 Timbro e Firma Direzione				

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE								
Responsabile Dr.ssa Antonia Tamantini								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
A- OBIETTIVI PER LA GESTIONE E RENDICONTAZIONE DELLE RISORSE E DI EQUILIBRIO ECONOMICO								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Contabilità Generale e Analitica	A1	Gestione Risorse assegnate in forma delegata dal Distretto	Tenuta sotto controllo del budget	Monitoraggio fattori produttivi e rendicontazione al Distretto per la verifica della Spesa	100%			3
	A2	Garantire il corretto utilizzo delle risorse con garanzia della corretta alimentazione della contabilità analitica per quanto di pertinenza	Corretta alimentazione contabilità analitica nel rispetto della procedura aziendale	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			5

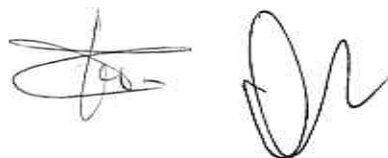



		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE							
Responsabile Dr.ssa Antonia Tamantini							
Anno 2017							
PIANO DEGLI OBIETTIVI							
A- OBIETTIVI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DEI DATI E DEI FLUSSI INFORMATIVI							
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
					MIN	MAX	
B1a	Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati da parte delle strutture di degenza nel SW SINCOS con alimentazione dei flussi informativi	Chiusura SDO entro 15 gg. dalla dimissione	SDO chiuse/Totale dimessi	98%	98%	100%	1
B1b		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			1
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
B1d		Pieno utilizzo cartella clinica informatizzata	Utilizzo fogli attivi SDO, lettera dimissione, registro operatorio, certificazione inps con corretta assegnazione data prenotazione ricoveri programmati e classe di priorità nel rispetto del regolamento dei ricoveri aziendali	100%			1




		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE								
Responsabile Dr.ssa Antonia Tamantini								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
Flussi Informativi	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 corretta e completa registrazione dei dati da parte dei Servizi Territoriali nel SW Atlante con alimentazione dei rispettivi flussi per la Salute Mentale	Corretta tenuta dei flussi di governo (STS, FLS.....) nel rispetto della procedura aziendale di riferimento, attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati per la copertura quantitativa e qualitativa dei dati con soddisfazione del debito informativo NSIS	Trasmissione dei flussi nel rispetto delle modalità, della completezza, della qualità, delle scadenze previste dalle disposizioni nazionali e regionali in aderenza alla procedura aziendale che prevede i seguenti controlli: % 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		Alimentazione del sistema Atl@nte (puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati) per il flusso SISM	Completezza della rilevazione entro il 31.01.2017 di: % di utenti senza errori di informazioni anagrafiche % di utenti senza errori di anagrafiche di servizio % di utenti con valutazione completata entro 180 gg. % di congruità del quadro F del STS 24 con il flusso SISM - semiresidenzialità % di congruità del quadro G del STS 24 con il flusso SISM- residenzialità	100%	98%	100%	4
	B3a	Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati con alimentazione dei flussi informativi di governo NSIS e la corretta e completa registrazione dei dati da parte dei Servizi Territoriali nel SW Atlante con alimentazione dei rispettivi flussi per la Neuropsichiatria Infantile, Neuropsicologia clinica nei Servizi dell'età evolutiva	Corretta tenuta dei flussi di governo (STS, FLS.....) nel rispetto della procedura aziendale di riferimento, attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati per la copertura quantitativa e qualitativa dei dati con soddisfazione del debito informativo NSIS	Trasmissione dei flussi nel rispetto delle modalità, della completezza, della qualità, delle scadenze previste dalle disposizioni nazionali e regionali in aderenza alla procedura aziendale che prevede i seguenti controlli: % 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
	B3b		Alimentazione del sistema Atl@nte (puntuale, tempestiva, 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 anagrafiche % di utenti senza errori di anagrafiche di servizio % di utenti con valutazione completata entro 180 gg. % di congruità del quadro F del STS 24 con il flusso SEE - semiresidenzialità % di congruità del quadro G del STS 24 con il flusso SEE- residenzialità	100%	98%	100%	4
PESO OBIETTIVI FLUSSI INFORMATIVI								
16								

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE							
Responsabile Dr.ssa Antonia Tamantini							
Anno 2017							
PIANO DEGLI OBIETTIVI							
C: OBIETTIVI DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI							
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
					MIN	MAX	
Liste di attesa	C1	Garantire le corrette modalità organizzative ed erogative per la gestione dell'offerta delle prestazioni	Definizione volumi di attività prime visite 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 elettronico da parte di tutti i medici prescrittori della struttura evitando di rinviare il paziente al MMG/PLS	N. richieste prestazioni dematerializzate / N. richieste totale	100%	80% 100%	1
PESO OBIETTIVI LISTE ATTESA							5





SCHEDA OBIETTIVI
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Responsabile Dr.ssa Antonia Tamantini

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

D. OBIETTIVI ORGANIZZATIVI

OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
				MIN	MAX	
D1	Promuovere la riorganizzazione dei servizi di afferenza del Dipartimento in collaborazione con i Distretti al fine di garantire uniformità di accesso ai servizi nei diversi ambiti territoriali Implementare riunioni dipartimentali con la partecipazione attiva dei Direttori di Distretto, 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 Distretti e alla Direzione Sanitaria	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 doppie 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 Distretti /Numero riunioni effettuate	100%			3

organizzazione




		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE								
Responsabile Dr.ssa Antonia Tamantini								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
5	D3a	Riorganizzazione del servizio di Neuropsichiatria Infantile su base aziendale	Elaborazione di un piano attuativo con distribuzione e qualificazione delle competenze sul territorio aziendale	Presentazione bozza proposta entro 31.3.2017	100%			2
	D3b		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 effettuate /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	Definizione 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	Definizione 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 proposta validata	100%			3
PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI								22





SCHEDA OBIETTIVI

AREA SANITARIA

DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Responsabile Dr.ssa Antonia Tamantini

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

E- OBIETTIVI DI ATTIVITA'

OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Attività	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 Salute, MeS, indicazioni regionali, strategia aziendale) per promuovere l'efficacia e l'efficienza degli interventi assistenziali in ambito medico	Raggiungimento risultato fissato per gli obiettivi di interesse per strutture mediche - C14 - Appropriatazza Medica	C14.2 - Percentuale ricoveri in dh medico con finalità diagnostica	< 18,00	20,0%	< 18,00	1
	E2b			C14.3 - Percentuale ricoveri ordinari medici brevi	< 15,00	17,0%	< 15,00	1
	E2c			C14.4 Percentuale ricoveri medici oltresoglia >= 65 anni	< 2,5	2,8%	< 2,5	1
	E3a	Raggiungimento degli obiettivi (Patto per la Salute, MeS, indicazioni regionali, strategia aziendale) per promuovere la qualità degli interventi assistenziali	Valutazione dimissione volontarie dai reparti	D18 % dimissioni volontarie	< 0,5	1,0%	< 0,5	2
	E3b		Controllo appropriatazza durata ricoveri ordinari	Degenza media ricoveri medici ordinari	< 14 gg.	16 gg.	< 14 gg.	1
	E4a	Migliorare e qualificare l'assistenza nei servizi del CSM anche al fine di uniformare le procedure di accoglienza, di presa in carico e di gestione dei percorsi	Garantire le corrette modalità organizzative ed erogative per la gestione dell'offerta delle prestazioni cliniche dei servizi	Volumi di attività prestazioni di accesso ai servizi	≥ anno 2016	< 2% anno 2016	≥ anno 2016	2
	E4b			Aderenza agli iter di presa in carico per la diversa tipologia di pazienti che accedono ai servizi	100%			2
	E4c		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%	2




		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE								
Responsabile Dr.ssa Antonia Tamantini								
Anno 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 corrette modalità organizzative ed erogative per la gestione dell'offerta delle prestazioni cliniche dei servizi	Volumi di attività prestazioni di accesso ai servizi	≥ anno 2016	< 2% anno 2016	≥ anno 2016	2
	E5b			Aderenza agli iter di presa in carico per la diversa tipologia di pazienti che accedono ai servizi	100%			2
	E5c		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%	2
PESO OBIETTIVI DI ATTIVITA'								

19

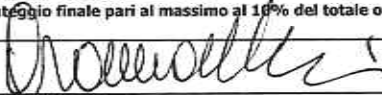


		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE								
Responsabile Dr.ssa Antonia Tamantini								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
F. OBIETTIVI DI QUALITA' DI APPROPRIATEZZA E DI SICUREZZA DELLE CURE								
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Qualità, Appropriata e Sicurezza delle Cure	F1	Promuovere la gestione di qualità delle attività delle strutture e dei servizi attraverso il conseguimento dell'accreditamento/della certificazione o l'avvio delle procedure per il SGQ per assicurare gli standard e i livelli di conformità previsti dalle norme di Accreditamento Istituzionale e dalle norme ISO	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Qualità e Accreditamento	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	90%	100%	10
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
	F2	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%	90%	100%	3
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
	F3	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	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	90%	100%	10
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
PESO OBIETTIVI QUALITA', APPROPRIATEZZA, SICUREZZA DELLE CURE								23



		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE							
Responsabile Dr.ssa Antonia Tamantini							
Anno 2017							
PIANO DEGLI OBIETTIVI							
GLI OBIETTIVI PER LA REALIZZAZIONE DEI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI							
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
					MIN	MAX	
Piani Attuativi	G1	Attuazione delle 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%		5
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget				
			Conseguimento obiettivi negoziati				
	G2	Attuazione delle 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	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%		5
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget				
			Conseguimento obiettivi negoziati				
PESO OBIETTIVI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI							10
						PESO TOTALE	100



	SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA	
	DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE	
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE		
Responsabile Dr.ssa Antonia Tamantini		
Anno 2017		
<u>PIANO DEGLI OBIETTIVI</u>		
NOTA A	E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura, nonché del/i responsabile/i di posizione organizzativa illustrare e condividere, con tutto il personale afferente la struttura, gli obiettivi gestionali assegnati. L'assolvimento degli obblighi di legge in merito a prevenzione della corruzione, trasparenza ed integrità in capo ai Responsabili di struttura (dirigenti e titolari P.O.) costituisce condizione di accesso all'istituto della retribuzione di risultato/produttività collettiva per detti soggetti. L'illustrazione e condivisione degli obiettivi a tutto il personale della struttura vanno verbalizzate e i verbali redatti con individuazione dei convocati e le firme dei presenti vanno trasmessi al Controllo di Gestione entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi e/o dei piani specifici.	
NOTA B	L'illustrazione e la condivisione va fatta anche per tutti gli altri piani, se assegnati alla struttura (qualità e accreditamento, rischio clinico), per consentire la piena attuazione. I momenti di illustrazione e condivisione vanno verbalizzati Tale operatività rappresenta obiettivo specifico del Direttore/Responsabile nonché del/i responsabile/i di posizione organizzativa utile ai fini della sua valutazione individuale.	
NOTA C	E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura e di tutti gli altri Valutatori presenti nella struttura assegnare gli obiettivi di performance individuali a tutte le risorse umane afferenti la struttura attraverso l'utilizzo dei moduli previsti dalla procedura (01,02,03,04,05) specificando per gli item A obiettivi specifici se 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. Tali operatività rappresentano obiettivo specifico del Valutatore utile ai fini della valutazione individuale del valutatore.	
NOTA D	La struttura è tenuta ad inviare le relazioni di andamento periodico, su base trimestrale entro 30 gg. dalla scadenza del trimestre, utilizzando il modulo specifico, e la relazione finale entro il 28 febbraio 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 	

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE							
Responsabile Dr.ssa Antonia Tamantini							
Anno 2017							
PIANO DEGLI OBIETTIVI							
F. OBIETTIVI F1 QUALITA' E ACCREDITAMENTO							
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
					MIN	MAX	
Qualità, Appropriatazza e Sicurezza delle Cure	F1a	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	1) Costituzione gruppo di lavoro aziendale 2) Analisi e contestualizzazione a livello aziendale del PDTA regionale 3) Implementazione	Redazione delle procedure previste	100%		2
	F1c	Completamento PDTA disturbi del comportamento -area neuropsichiatria infantile	1) Costituzione gruppo di lavoro aziendale 2) Analisi e contestualizzazione a livello aziendale del PDTA regionale 3) Implementazione	Redazione delle procedure previste	100%		2
	F1d	Mantenimento certificazione e accREDITamento SPDC Foligno e Terni	Corretta applicazione SGQ definito	Superamento verifica	100%		2
	F1e	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 F1	10
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile					
Foligno 16.1.2017		Timbro e Firma Direzione					

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE								
Responsabile Dr.ssa Antonia Tamantini								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
F. OBIETTIVI F2 RISCHIO CLINICO								
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Qualità, Appropriatezza e Sicurezza delle Cure	F2a	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		2	
	F2b		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	
						PESO OBIETTIVI F2		3
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile						
Foligno 16.1.2017		Timbro e Firma Direzione						

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE								
Responsabile Dr.ssa Antonia Tamantini								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
F. OBIETTIVI F3 FARMACEUTICA								
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Qualità, Appropriatezza e Sicurezza delle Cure	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%	1	
	F3c	Ridurre il consumo di inibitori della ricaptazione 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	≤ 22	1	
	F3d	Promuovere l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica finalizzata alla sicurezza delle cure e all'efficiente utilizzo delle risorse Migliorare la compliance dell'assistenza farmaceutica	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	1
	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
						PESO OBIETTIVI F3	10	
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile						
Foligno 16.1.2017		Timbro e Firma Direzione						

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE								
Responsabile Dr.ssa Antonia Tamantini								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
G: OBIETTIVI G1 PREVENZIONE CORRUZIONE								
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Piani Attuativi	G1a	Prevenire fenomeni corruttivi	Attuazione e Rispetto delle misure di prevenzione previste nella mappature dei processi di cui al PTPCT in vigore (vedi colonna intitolata misure di sicurezza associate)	100%			3	
	G1b		Formazione specifica	Partecipazione a corsi di formazione in materia di prevenzione della corruzione	100%			2
						PESO OBIETTIVI G1		5
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile						
Foligno 16.1.2017		Timbro e Firma Direzione						

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE								
Responsabile Dr.ssa Antonia Tamantini								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
G: OBIETTIVI G2 TRASPARENZA								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Piani Attuativi	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	Soddisfaccimento % di adempimenti.	100%			2
	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
PESO OBIETTIVI G2								5
Sede e Data negoziazione			Firma Responsabile					
Foligno 16.1.2017			Timbro e Firma Direzione					

			SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
			DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA								
Responsabile Dr. Carlo Farneti								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
A: OBIETTIVI PER LA GESTIONE E RENDICONTAZIONE DELLE RISORSE E DI EQUILIBRIO ECONOMICO								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Contabilità Generale e Analitica	A1	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
PESO OBIETTIVI ECONOMICI								2



ALS 2 UMBRIA
 DR. CARLO FARNETI
 DIRETTORE AMBITO CHIRURGIA COMPLESSA
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA


		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								
B: OBIETTIVI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DEI DATI E DEI FLUSSI INFORMATIVI								
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Flussi Informativi	B1a	Chiusura SDO entro 15 gg. dalla dimissione	SDO chiuse/Totale dimessi	98%	98%	100%	2	
	B1b	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	
	B1c	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%	3
	B1d	Pieno utilizzo cartella clinica informatizzata	Utilizzo fogli attivi SDO, lettera dimissione, registro operatorio, certificazione inps con corretta assegnazione data prenotazione ricoveri programmati e classe di priorità nel rispetto del regolamento dei ricoveri aziendali	100%			2	
PESO OBIETTIVI FLUSSI INFORMATIVI							9	



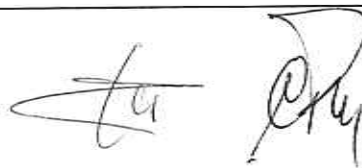
		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA								
Responsabile Dr. Carlo Farneti								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
C- OBIETTIVI DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Liste di attesa	C1a	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
	C1b		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
	C1c		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
	C1d		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
	C1e		Gestione sospensione delle agende nel rispetto della procedura aziendale	Corretta applicazione della procedura prevista per la gestione della sospensione delle agende	100% (NC = 0)	95%	100%	1
	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
PESO OBIETTIVI LISTE ATTESA						10		




		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								
D: OBIETTIVI ORGANIZZATIVI								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
D1	Promuovere la riorganizzazione e la razionalizzazione dei servizi ospedalieri in aderenza alle linee di indirizzo regionali DGR 212/2016) e alla programmazione aziendale (Delibera del Direttore Generale) per: - efficientare il sistema della rete ospedaliera - assicurare percorsi di presa in carico dei pazienti efficaci ed appropriati		Sviluppo e realizzazione delle attività di riorganizzazione dell'offerta ospedaliera del Dipartimento previste nella Delibera del Direttore Generale	Rispetto degli impegni del cronoprogramma	100%			2
	Promuovere l'ottimizzazione di utilizzo nella gestione dell'OBI al fine di ridurre le inapproprietezze 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
	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 Sanitaria	Numero di verbali inviati ai Presidi e alla Direzione Sanitaria /Numero riunioni effettuate	100%			2

		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								
Organizzazione	D4a	Promuovere e qualificare l'integrazione territorio - ospedale anche attraverso incontri periodici fra Distretto e Ospedale 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: - Utilizzo modulo InterRAI (Contact Assessment) per la gestione dell'assistenza domiciliare	N° gestioni informatizzate da parte dei reparti/ n. richieste totali	100%	98%	100%	1
	D4b		Attivazione percorso dimissione protette informatizzato in Atl@nte come da progetto regionale: - Utilizzo 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
	D5a	Deduzione 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	Definizione 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%			1
	D5b			Numero turni presentati su base mensile/numero turni previsti dalla proposta validata	100%			1
	D6a		Rispetto della programmazione operatoria	Percentuale di interventi rimandati	< 5	5%	< 5	1
	D6b	Promuovere l'utilizzo efficiente delle risorse attraverso la corretta gestione di utilizzo dei blocchi operatori	Rispetto dell'orario della programmazione operatoria	Percentuale interventi programmati in anestesia spinale con inizio (incisione chirurgica) alle 8.45 e interventi programmati in anestesia generale con inizio (incisione chirurgica) alle 8.30	90%	85%	90%	1

		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								
	D7a	Garantire le corrette modalità organizzative ed erogative per la gestione dell'offerta delle prestazioni chirurgiche di ricovero e il contenimento dei tempi di attesa nel rispetto della procedura aziendale di riferimento	Corretta alimentazione, gestione ed evasione delle liste di attesa per gli interventi chirurgici in regime di ricovero: - Monitoraggio della concordanza dell'appropriatezza prescrittiva nel rispetto delle griglie del regolamento aziendale - Monitoraggio della gestione delle liste di attesa	Percentuale di pazienti inseriti in lista di attesa congrui con la classe di priorità della griglia	90%	85%	90%	2
	D7b			Controllo periodico della lista di attesa per tutti i casi che superano il tempo di attesa previsti	100%			2
	D7c			Percentuale di concordanza fra il numero di pazienti operati in maniera programmata (già inseriti in lista di attesa) e il numero di pazienti evasi dalla lista	100%			2
	D7d			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 Prostate (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) Emorroidectomia Intervento Protesi D'anca Riparazione Ernia Inguinale Tonsillectomia Endoarterectomia Carotidea	Rispetto del tempo massimo di attesa in base alla priorità assegnata per le procedure sottoposte a monitoraggio ministeriale:	95%	90%	95%
					PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI			20



			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								
F. OBIETTIVI DI ATTIVITA'								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Attività	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	11.500	11.336	11.500	1
	E2a	Raggiungimento degli obiettivi (Patto per la Salute, MeS, indicazioni regionali, strategia aziendale) per promuovere l'efficacia e l'efficienza degli interventi assistenziali in ambito chirurgico	Raggiungimento risultato fissato per gli obiettivi di interesse per strutture chirurgiche - C4 - Appropriatazza Chirurgica	C4.4 % colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery e RO 0-1 gg	> 75	56,0%	> 75	2
	E2b			C4.7 - DRG LEA chirurgici - Percentuale ricoveri in Day Surgery	> 75	66,0%	> 75	1
	E2c		Efficienza pre-operatoria - C3	C3.5 Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati	<1	1	<1	1
	E2d		Controllo appropriatezza durata ricoveri ordinari	Percentuale di DRG con Degenza media oltre soglia	<1	1	<1	1
	E3a	Raggiungimento degli obiettivi (Patto per la Salute, MeS, indicazioni regionali, strategia aziendale) per promuovere la qualità degli interventi assistenziali	Valutazione dimissione volontarie dai reparti	D18 % dimissioni volontarie	< 0,35	0,7%	< 0,35	2
	E3b		Raggiungimento risultato fissato per gli obiettivi di Qualità clinica - C5	C5.2 - Percentuale fratture di femore operate entro 2 gg.	> 80	68,00%	> 80	2
	E3c			C5.3 - Percentuale di prostatectomie transuretrali	> 95	86,00%	> 95	2
	E3d			C5.11 - Percentuale di appendicectomie urgenti in laparoscopia per donne 15-49 anni	> 85	80,00%	> 85	2




		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								
	E4a	Promuovere l'erogazione delle prestazioni in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità, sicurezza garantendo le prestazioni solo nelle strutture che rispettano i valori soglia dei volumi e di rischio	Rispetto delle soglie minime dei volumi di attività	C17.1.1 Percentuale ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla mammella	150			2
	E4b			Numero interventi chirurgici per frattura di femore	75			2
	E4c			Numero Colectomia laparoscopica	100			2
	E4d		Rispetto delle soglie di rischio ed esito	Percentuale di colecistomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg	70			2
	E5	Incremento della produttività (a parità di risorse)	Aumento della produzione chirurgica in tutte le strutture	Percentuale di aumento rispetto all'anno 2016	> 5%	≥ 4%	> 5%	1
	E6	Garantire la sorveglianza delle malattie rare e la loro presa in carico attraverso la corretta gestione del Registro	Completamento alimentazione registro	N. inserimento registrazioni /n. certificazioni rilasciate	100%	90%	100%	1
PESO OBIETTIVI DI ATTIVITA'								24

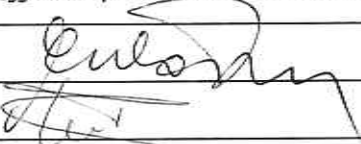
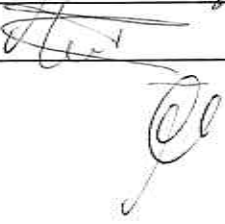


			SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
			DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA								
Responsabile Dr. Carlo Farneti								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
F. OBIETTIVI DI QUALITA', DI APPROPRIATEZZA E DI SICUREZZA DELLE CURE								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Qualità, Appropriata e Sicurezza delle Cure	F1	Promuovere la gestione di qualità delle attività delle strutture e dei servizi attraverso il conseguimento dell'accreditamento/della certificazione o l'avvio delle procedure per il SGQ per assicurare gli standard e i livelli di conformità previsti dalle norme di Accreditamento Istituzionale e dalle norme ISO	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Qualità e Accredimento	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	90%	100%	10
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
	F2	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%	90%	100%	5
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
	F3	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	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	90%	100%	10
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
PESO OBIETTIVI QUALITA', APPROPRIATEZZA, SICUREZZA DLE CURE								25



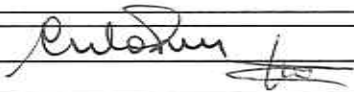
		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA								
Responsabile Dr. Carlo Farneti								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
G: OBIETTIVI PER LA REALIZZAZIONE DEI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Piani Attuativi	G1	Attuazione delle 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%			5
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
	G2	Attuazione delle 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	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%			5
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
PESO OBIETTIVI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI								10
							PESO TOTALE	100

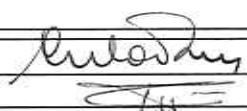


		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA	
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE	
DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA			
Responsabile Dr. Carlo Farneti			
Anno 2017			
<u>PIANO DEGLI OBIETTIVI</u>			
NOTA A	E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura, nonché del/i responsabile/i di posizione organizzativa illustrare e condividere, con tutto il personale afferente la struttura, gli obiettivi gestionali assegnati. L'assolvimento degli obblighi di legge in merito a prevenzione della corruzione, trasparenza ed integrità in capo ai Responsabili di struttura (dirigenti e titolari P.O.) costituisce condizione di accesso all'istituto della retribuzione di risultato/produttività collettiva per detti soggetti. L'illustrazione e condivisione degli obiettivi a tutto il personale della struttura vanno verbalizzate e i verbali redatti con individuazione dei convocati e le firme dei presenti vanno trasmessi al Controllo di Gestione entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi e/o dei piani specifici.		
NOTA B	L'illustrazione e la condivisione va fatta anche per tutti gli altri piani, se assegnati alla struttura (qualità e accreditamento, rischio clinico), per consentirne la piena attuazione. I momenti di illustrazione e condivisione vanno verbalizzati Tale operatività rappresenta obiettivo specifico del Direttore/Responsabile nonché del/i responsabile/i di posizione organizzativa utile ai fini della sua valutazione individuale.		
NOTA C	E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura e di tutti gli altri Valutatori presenti nella struttura assegnare gli obiettivi di performance individuali a tutte le risorse umane afferenti la struttura attraverso l'utilizzo dei moduli previsti dalla procedura (01,02,03,04,05) specificando per gli item A obiettivi specifici se individuati. Tutte le schede previste sottoscritte dal valutatore e dal valutato vanno trasmesse all'Ufficio Relazioni Sindacali e Politiche del Personale entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi gestionali. Tutte le schede previste dovranno essere valutate per gli item A entro il 28.2.2018 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 D	La struttura è tenuta ad inviare le relazioni di andamento periodico, su base trimestrale entro 30 gg. dalla scadenza del trimestre, utilizzando il modulo specifico, e la relazione finale entro il 28 febbraio 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	
			

		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							
F: OBIETTIVI F1 QUALITA' E ACCREDITAMENTO							
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE MIN MAX		PESO
Qualità, Appropriatazza e Sicurezza delle Cure	F1a	Avvio percorso SGQ per accreditamento nelle SC Otorinolaringoiatria e Urologia del PO di Foligno	1) costituzione gruppo di lavoro 2) mappatura dei processi 3) redazioni di almeno 3 procedure	redazione delle procedure previste	100%		1
	F1b	Completamento percorso SGQ per accreditamento SC Oculistica Foligno-Spoleto e Orvieto	Completamento del SGQ definito	redazione delle procedure previste	100%		1
	F1c	Avvio delle procedure per lo sviluppo del SGQ e Accreditamento blocchi operatori Orvieto e Spoleto	1) costituzione gruppo di lavoro 2) mappatura dei processi 3) redazioni di almeno 3 procedure	redazione delle procedure previste	100%		1
	F1d	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
	F1e	Avvio SGQ per accreditamento Breast Unit	1) costituzione gruppo di lavoro 2) mappatura dei processi 3) redazioni di almeno 3 procedure	redazione delle procedure previste			1
	F1f	Mantenimento del SGQ nelle strutture accreditate e certificate	Applicazione del SGQ definito	applicazione delle procedure previste	100%		2
	F1g	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%		2
						PESO OBIETTIVI F1	10
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile					
Terni 19.1.2017		Timbro e Firma Direzione					

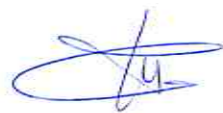
		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA							
Responsabile Dr. Carlo Faneti							
Anno 2017							
PIANO DEGLI OBIETTIVI							
F2 OBIETTIVI F2 RISCHIO CLINICO							
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
					MIN	MAX	
Qualità, Appropriata e Sicurezza delle Cure	F2a	Consolidamento del sistema locale di incident reporting: sensibilizzazione alla segnalazione degli eventi avversi e degli eventi evitati, superamento delle barriere alla segnalazione	Realizzazione di almeno 1 Safety Walk Round (SWR) in una struttura afferente	Report SWR trasmesso alla Direzione aziendale	entro dic 2017		1
	F2b		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 strutture afferenti e trasmessi al servizio GRC	Entro giugno 2017 (1° valutazione) Entro Dicembre 2017 (2° valut.)		1
	F2e		Compilazione questionario Framework OMS e individuazione di aree di miglioramento				1
						PESO OBIETTIVI F2	5
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile					
Terni 19.1.2017		Timbro e Firma Direzione					

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA								
Responsabile Dr. Carlo Faneti								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
F: OBIETTIVI F3 FARMACEUTICA								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Qualità, Appropriata e Sicurezza delle Cure	F3a	Promuovere l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica finalizzata alla sicurezza delle cure e all'efficiente utilizzo delle risorse	Rispetto tetto di budget	Valore economico	13.133.604,87	13.539.798,84	13.133.604,87	2
	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)	≤ 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 capitoli di gara di competenza in collaborazione con il DAF	Numero capitoli predisposti / Numero di capitoli da predisporre	100%	90%	100%	2
	F3e		Utilizzo richiesta unica motivata per antibioticotierapia 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
PESO OBIETTIVI F3								10
Sede e Data negoziazione			Firma Responsabile					
Terni 19.1.2017								
			Timbro e Firma Direzione					

			SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
			DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA								
Responsabile Dr. Carlo Faneti								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
G: OBIETTIVI G1 PREVENZIONE CORRUZIONE								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Piani Attuativi	G1a	Prevenire fenomeni corruttivi	Attuazione e Rispetto delle misure di prevenzione previste nella mappatura dei processi di cui al PTPCT in vigore (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
PESO OBIETTIVI G1								5
Sede e Data negoziazione			Firma Responsabile					
Terni 19.1.2017			 Timbro e Firma Direzione					

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI AREA CHIRURGICA								
Responsabile Dr. Carlo Faneti								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
G: OBIETTIVI G2 TRASPARENZA								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Piani Attinativi	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
	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
PESO OBIETTIVI G2								5
Sede e Data negoziazione			Firma Responsabile					
Terni 19.1.2017			Timbro e Firma Direzione					

			SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
			DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE								
Responsabile Dr. Raffaele Zava								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
A: OBIETTIVI PER LA GESTIONE E RENDICONTAZIONE DELLE RISORSE E DI EQUILIBRIO ECONOMICO								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Contabilità Generale e Analitica	A1	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
PESO OBIETTIVI ECONOMICI								2






SCHEDA OBIETTIVI

AREA SANITARIA

DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE

Responsabile Dr. Raffaele Zava

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

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

OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Flussi Informativi	B1a	Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati da parte delle strutture di degenza nel SW SINCOS con alimentazione dei flussi informativi	Chiusura SDO entro 15 gg. dalla dimissione	SDO chiuse/Totale dimessi	98%	98%	100%	2
	B1b		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
	B1c		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%	1
	B1d		Pieno utilizzo cartella clinica informatizzata	Utilizzo fogli attivi SDO, lettera dimissione, registro operatorio, certificazione inps con corretta assegnazione data prenotazione ricoveri programmati e classe di priorità nel rispetto del regolamento dei ricoveri aziendali	100%			2
	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 corretta e completa registrazione dei dati da parte delle strutture nei rispettivi gestionali con alimentazione dei flussi informativi	Corretta tenuta dei flussi di governo (STS, FLS.....) nel rispetto della procedura aziendale di riferimento, attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati per la copertura quantitativa e qualitativa dei dati con soddisfazione del debito informativo NSIS	Trasmissione dei flussi nel rispetto delle modalità, della completezza, della qualità, delle scadenze previste dalle disposizioni nazionali e regionali in aderenza alla procedura aziendale	100% (NC = 0)	98%	100%	1
	B2b		Controllo qualità e appropriatezza dei dati registrati	Effettuazione controlli sulle casistiche per verifica dati anagrafici e verifica completezza dei dati	100%	98%	100%	1
	B2c		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 trimestrale, su format prestabilito, entro 30 giorni dalla chiusura del trimestre	100%	98%	100%	1
	PESO OBIETTIVI FLUSSI INFORMATIVI							10



			SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
			DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE								
Responsabile Dr. Raffaele Zava								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
C1 OBIETTIVI DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE MINMAX		PESO
Liste di attesa	C1a	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.	47.000	46.000	47.000	2
	C1b		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
	C1c		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
	C1d		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
	C1e		Gestione sospensione delle agende nel rispetto della procedura aziendale	Corretta applicazione della procedura prevista per la gestione della sospensione delle agende	100% (NC = 0)	95%	100%	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
PESO OBIETTIVI LISTE ATTESA								12

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE								
Responsabile Dr. Raffaele Zava								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
D- OBIETTIVI ORGANIZZATIVI								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
D1	Promuovere la riorganizzazione e la razionalizzazione dei servizi ospedalieri in aderenza alle linee di indirizzo regionali DGR 212/2016) e alla programmazione aziendale (Delibera del Direttore Generale) per: - efficientare il sistema della rete ospedaliera - assicurare percorsi di presa in carico dei pazienti efficaci ed appropriati	Sviluppo e realizzazione delle attività di riorganizzazione dell'offerta ospedaliera del Dipartimento 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%				1
D3	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 Direzioni 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

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE								
Responsabile Dr. Raffaele Zava								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
Organizzazione	D4a	Promuovere e qualificare l'integrazione territorio - ospedale anche attraverso incontri periodici fra Distretto e Ospedale 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: - Utilizzo 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
	D4b		Attivazione percorso dimissione protette informatizzato in Atl@nte come da progetto regionale: - Utilizzo 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
	D5a	Dedizione 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	Definizione 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%			1
	D5b			Numero turni presentati su base mensile/numero turni previsti dalla proposta validata	100%			2
	D6a	Promuovere l'utilizzo efficiente delle risorse attraverso la corretta gestione di utilizzo dei blocchi operatori	Rispetto della programmazione operatoria	Percentuale di interventi rimandati	< 5	5%	< 5	1
	D6b		Rispetto dell'orario della programmazione operatoria	Percentuale interventi programmati in anestesia spinale con inizio (incisione chirurgica) alle 8.45 e interventi programmati in anestesia generale con inizio (incisione chirurgica) alle 8.30	90%	85%	90%	2




		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA							
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE							
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE									
Responsabile Dr. Raffaele Zava									
Anno 2017									
PIANO DEGLI OBIETTIVI									
	D7a	Garantire le corrette modalità organizzative ed erogative per la gestione dell'offerta delle prestazioni chirurgiche di ricovero e il contenimento dei tempi di attesa nel rispetto della procedura aziendale di riferimento	Corretta alimentazione, gestione ed evasione delle 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%	1	
	D7b		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 Prostatica (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) 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%	1	
					PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI				15



SCHEDA OBIETTIVI
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE

Responsabile Dr. Raffaele Zava

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

E: OBIETTIVI DI ATTIVITA'

OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Attività	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	1
	E2a	Raggiungimento degli obiettivi (Patto per la Salute, MeS, indicazioni regionali, strategia aziendale) per promuovere l'efficacia e l'efficienza degli interventi assistenziali in ambito medico	Raggiungimento risultato fissato per gli obiettivi di interesse per strutture mediche - C14 - Appropriatazza Medica	C14.2 - Percentuale ricoveri in dh medico con finalità diagnostica	< 18,00	20,0%	< 18,00	1
	E2b			C14.3 - Percentuale ricoveri ordinari medici brevi	< 19,00	20,0%	< 19,00	1
	E2c			C14.4 Percentuale ricoveri medici oltre soglia >= 65 anni	< 2	2,5%	< 2	1
	E3a	Raggiungimento degli obiettivi (Patto per la Salute, MeS, indicazioni regionali, strategia aziendale) per promuovere la qualità degli interventi assistenziali	Valutazione dimissione volontarie dai reparti	D18 % dimissioni volontarie	< 0,35	0,7%	< 0,35	2
	E3b		Controllo appropriatezza durata ricoveri ordinari	Degenza media ricoveri medici ordinari	< 7 gg.	9 gg.	< 7 gg.	1
	E4a	Raggiungimento degli obiettivi (Patto per la Salute, MeS, indicazioni regionali, strategia aziendale) per promuovere l'efficacia e l'efficienza degli interventi assistenziali in ambito chirurgico	Raggiungimento risultato fissato per gli obiettivi di interesse per strutture chirurgiche - C4 - Appropriatazza Chirurgica Raggiungimento risultato fissato per gli obiettivi di Qualità clinica - C5	C4.4 % colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery e RO 0-1 gg.	> 75	56,0%	> 75	2
	E4b			C5.2 - Percentuale fratture di femore operate entro 2 gg.	> 80	68,00%	> 80	2
	E5a	Promuovere l'erogazione delle prestazioni in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità, sicurezza garantendo le prestazioni solo nelle strutture che rispettano i valori soglia dei volumi e di rischio	Rispetto delle soglie minime dei volumi di attività	N. casi annui di infarti miocardici in fase acuta di primo ricovero in ospedale	100			2
	E5b			N. di procedure/anno di angioplastica coronarica percutanea di cui almen il 30% angioplastiche primarie in IMA-STEMI	250			2
	E5c		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%			2

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE							
Responsabile Dr. Raffaele Zava							
Anno 2017							
PIANO DEGLI OBIETTIVI							
E6a	Promuovere l'efficienza del Pronto Soccorso al fine di migliorare i tempi di attesa, l'appropriatezza dei ricoveri e promuovere la qualità degli interventi assistenziali	Monitoraggio tempi di attesa per codice colore - C16. Percorso Emergenza-Urgenza	C 16.1 % accessi in PS con codice giallo visitati entro 30 minuti	90%	88%	90%	1
E6b			C 16.2 % accessi in PS con codice verde visitati entro 1 ora	90%	88%	90%	2
E6c			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
PESO OBIETTIVI DI ATTIVITA'							
26							



SCHEDA OBIETTIVI

AREA SANITARIA

DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE

Responsabile Dr. Raffaele Zava

Anno 2017

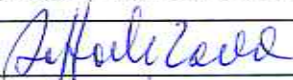
PIANO DEGLI OBIETTIVI

F. OBIETTIVI DI QUALITA', DI APPROPRIATEZZA E DI SICUREZZA DELLE CURE

OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Qualità, Appropriata e Sicurezza delle Cure	F1	Promuovere la gestione di qualità delle attività delle strutture e dei servizi attraverso il conseguimento dell'accreditamento/della certificazione o l'avvio delle procedure per il SGQ per assicurare gli standard e i livelli di conformità previsti dalle norme di Accreditamento Istituzionale e dalle norme ISO	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Qualità e Accredimento	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	90%	100%	10
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
	F2	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%	90%	100%	5
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
	F3	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	100%	90%	100%	10
		Promuovere il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed autorizzativa	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
PESO OBIETTIVI QUALITA', APPROPRIATEZZA, SICUREZZA DLE CURE								25

			SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
			DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE								
Responsabile Dr. Raffaele Zava								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
G: OBIETTIVI PER LA REALIZZAZIONE DEI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE MINMAX		PESO
Piani Attuativi	G1	Attuazione delle 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%			5
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
	G2	Attuazione delle 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	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%			5
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
PESO OBIETTIVI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI								10
						PESO TOTALE		100




		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE		
Responsabile Dr. Raffaele Zava		
Anno 2017		
<u>PIANO DEGLI OBIETTIVI</u>		
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 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.	
NOTA C	E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura e di tutti gli altri Valutatori presenti nella struttura assegnare gli obiettivi di performance individuali a tutte le risorse umane afferenti la struttura attraverso l'utilizzo dei moduli previsti dalla procedura (01,02,03,04,05) specificando per gli item A obiettivi specifici se individuati. Tutte le schede previste sottoscritte dal valutatore e dal valutato vanno trasmesse all'Ufficio Relazioni Sindacali e Politiche del Personale entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi gestionali. Tutte le schede previste dovranno essere valutate per gli item A entro il 28.2.2018 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 D	La struttura è tenuta ad inviare le relazioni di andamento periodico, su base trimestrale entro 30 gg. dalla scadenza del trimestre, utilizzando il modulo specifico, e la relazione finale entro il 28 febbraio 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 

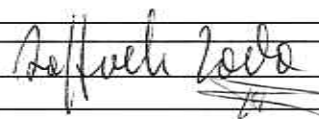
		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE								
Responsabile Dr. Raffaele Zava								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
F1 OBIETTIVI F1 QUALITA' E ACCREDITAMENTO								
	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Qualità, Appropriata e Sicurezza delle Cure	F1a	Avvio percorso SGQ per Accreditamento dei PS FOLIGNO, SPOLETO, ORVIETO, NARNI-AMELIA	1) Costituzione gruppo di lavoro aziendale 2) Analisi e contestualizzazione a livello aziendale del PDTA regionale 3) Implementazione	Redazione delle procedure previste	100%			2
	F1b	Avvio percorso SGQ per Accreditamento dei SC ANESTESIE E T.I., FOLIGNO, SPOLETO, ORVIETO	1) 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 tipologie di pazienti assicurando la migliore sequenza temporale e spaziale possibile degli interventi da effettuare	Attuazione dei PDTA delle Patologie Tempo dipendenti: - STEMI - ICTUS - TRAUMA	Applicazione PDTA recepiti a livello aziendale	100%			1
	F1d		Implementazione 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
	F1e		Implementazione del PDTA "sospetta tromboembolia 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
	F1f		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
	F1h		Promuovere 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%		
	F1f	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 F1							10	
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile						
Foligno 18.1.2017		Timbro e Firma Direzione						

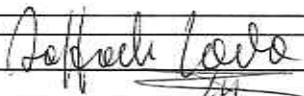


		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE							
Responsabile Dr. Raffaele Zava							
Anno 2017							
PIANO DEGLI OBIETTIVI							
F. OBIETTIVI F2 RISCHIO CLINICO							
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
					MIN	MAX	
Qualità, Appropriatezza e Sicurezza delle Cure	F2a	Consolidamento del sistema locale di incident reporting: sensibilizzazione alla segnalazione degli eventi avversi e degli eventi evitati, superamento delle barriere alla segnalazione	Realizzazione di almeno 1 Safety Walk Round (SWR) in una struttura afferente	Report SWR trasmesso alla Direzione aziendale	entro dic 2017		1
	F2b		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 strutture afferenti e trasmessi al servizio GRC	Entro giugno 2017 (1° valutazione)		1
	F2e		Compilazione questionario Framework OMS e individuazione di aree di miglioramento		Entro Dicembre 2017 (2° valut.)		1
						PESO OBIETTIVI F2	5
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile					
Foligno 18.1.2017		Timbro e Firma Direzione					

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE								
Responsabile Dr. Raffaele Zava								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
F. OBIETTIVI F3 FARMACEUTICA								
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Qualità, Appropriatazza e Sicurezza delle Cure	F3a	Rispetto tetto di budget	Valore economico	4.341.401,94	4.475.672,10	4.341.401,94	2	
	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)	≤ 21	< 29	≤ 21	2	
	F3c	Promuovere l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica finalizzata alla sicurezza delle cure e all'efficiente utilizzo delle risorse	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
	F3d	Ridurre il consumo dei 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	
	F3e	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
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile						
Foligno 18.1.2017		Timbro e Firma Direzione						

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE								
Responsabile Dr. Raffaele Zava								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
G: OBIETTIVI G1 PREVENZIONE CORRUZIONE								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Piani Attuativi	G1a	Prevenire fenomeni corruttivi	Attuazione e Rispetto delle misure di prevenzione previste nella mappatura dei processi di cui al PTPCT in vigore (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
PESO OBIETTIVI G1								5
Sede e Data negoziazione			Firma Responsabile					
Foligno 18.1.2017			Timbro e Firma Direzione					



		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE								
Responsabile Dr. Raffaele Zava								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
G: OBIETTIVI G2 TRASPARENZA								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Piani Attuativi	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	Soddisfaccimento % di adempimenti.	100%			2
	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
PESO OBIETTIVI G2								5
Sede e Data negoziazione			Firma Responsabile					
Foligno 18.1.2017			 Timbro e Firma Direzione					

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA								
<i>Responsabile Dr. Luciano Bisscarini</i>								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
A- OBIETTIVI PER LA GESTIONE E RENDICONTAZIONE DELLE RISORSE E DI EQUILIBRIO ECONOMICO								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Contabilità Generale e Analitica	AI	Garantire il corretto utilizzo delle risorse con garanzia della corretta alimentazione della contabilità analitica per quanto di pertinenza	Corretta alimentazione contabilità analitica nel rispetto della procedura aziendale	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






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

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

OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Flussi Informativi	B1a	Chiusura SDO entro 15 gg. dalla dimissione	SDO chiuse/Totale dimessi	98%	98%	100%	2	
	B1b	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	
	B1c	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 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 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
	B1d	Pieno utilizzo cartella clinica informatizzata	Utilizzo fogli attivi SDO, lettera dimissione, registro operatorio, certificazione inps con corretta assegnazione data prenotazione ricoveri programmati e classe di priorità nel rispetto del regolamento dei ricoveri aziendali	100%			2	
	B2	Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati da parte dei Servizi distrettuali e delle strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali a gestione diretta e a gestione indiretta nel SW At@nte con alimentazione dei rispettivi flussi	Alimentazione del sistema At@nte (puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati) per il flusso SIAD per il 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
PESO OBIETTIVI FLUSSI INFORMATIVI							12	

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA								
Responsabile Dr. Luciano Bisscarini								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
C: OBIETTIVI DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI								
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Liste di attesa	C1a	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.	175.000	173.000	175.000	2
	C1b		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
	C1c		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
	C1d		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
	C1e		Gestione sospensione delle agende nel rispetto della procedura aziendale	Corretta applicazione della procedura prevista per la gestione della sospensione delle agende	100% (NC = 0)	95%	100%	2
	C2a	Miglioramento degli iter di presa in carico dei percorsi per gli screening oncologici in collaborazione con la SSD degli Screening Oncologici del Dipartimento di Prevenzione	Piena attuazione dei percorsi diagnostici di secondo livello per gli screening oncologici	Completamento percorsi di secondo livello con prenotazione im Demetra per lo screening del colon retto	100%			2
	C2b		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
	PESO OBIETTIVI LISTE ATTESA							15



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 Bissarini

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

D- OBIETTIVI ORGANIZZATIVI

OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Organizzazione	D1	Promuovere la riorganizzazione e la razionalizzazione dei servizi ospedalieri in aderenza alle linee di indirizzo regionali DGR 212/2016) e alla programmazione aziendale (Delibera del Direttore Generale) per: - efficientare il sistema della rete ospedaliera - assicurare percorsi di presa in carico dei pazienti efficaci ed appropriati	Sviluppo e realizzazione delle attività di riorganizzazione dell'offerta ospedaliera del Dipartimento previste nella Delibera del Direttore Generale	Rispetto degli impegni del cronoprogramma	100%			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	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 Sanitaria	Numero di verbali inviati ai Presidi e alla Direzione Sanitaria / Numero riunioni effettuate	100%			3

		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								
	D4a	Promuovere e qualificare l'integrazione territorio - ospedale anche attraverso incontri periodici fra Distretto e Ospedale 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: - Utilizzo modulo InterRAI (Contact Assessment) 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: - Utilizzo 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	Deduzione 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	Definizione 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
	D5b			Numero turni presentati su base mensile/numero turni previsti dalla proposta validata	100%			2
	D6	Definizione 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 indirizzo regionali e alla programmazione aziendale per: - efficientare il sistema - assicurare percorsi di presa in carico dei 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
PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI								
20								



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

E- OBIETTIVI DI ATTIVITA'								
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Attività	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	6.800	6.703	6.800	2
	E2a	Raggiungimento degli obiettivi (Patto per la Salute, MeS, indicazioni regionali, strategia aziendale) per promuovere l'efficacia e l'efficienza degli interventi assistenziali in ambito medico	Raggiungimento risultato fissato per gli obiettivi di interesse per strutture mediche - C14 - Appropriatezza Medica	C14.2 - Percentuale ricoveri in dh medico con finalità diagnostica	< 18,00	20,0%	< 18,00	2
	E2b			C14.3 - Percentuale ricoveri ordinari medici brevi	< 19,00	20,0%	< 19,00	2
	E2c			C14.4 Percentuale ricoveri medici oltresoglia >= 65 anni	< 2	2,5%	< 2	2
	E3a	Raggiungimento degli obiettivi (Patto per la Salute, MeS, indicazioni regionali, strategia aziendale) per promuovere la qualità degli interventi assistenziali	Valutazione dimissione volontarie dai reparti	D18 % dimissioni volontarie	< 0,35	0,7%	< 0,35	2
	E3b		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 aderenza alla Delibera del Direttore Generale n. 645 del 25/07/2014.	Tasso utilizzo PL Hopisce	≥ 80 %	75%	80%	2
	E4b			N. pazienti seguiti a domicilio dalle UCP/ n. richieste arrivare all'UCP	100%	90%	100%	2

PESO OBIETTIVI DI ATTIVITA'

16



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

F- OBIETTIVI DI QUALITA', DI APPROPRIATEZZA E DI SICUREZZA DELLE CURE

OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Qualità, Appropriata e Sicurezza delle Cure	F1	Promuovere la gestione di qualità delle attività delle strutture e dei servizi attraverso il conseguimento dell'accreditamento/della certificazione o l'avvio delle procedure per il SGQ per assicurare gli standard e i livelli di conformità previsti dalle norme di Accreditamento Istituzionale e dalle norme ISO	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Qualità e Accredimento	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	90%	100%	10
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
	F2	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%	90%	100%	5
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
	F3	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	100%	90%	100%	10
		Promuovere il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed autorizzativa	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
PESO OBIETTIVI QUALITA', APPROPRIATEZZA, SICUREZZA DLE CURE								25




			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 DEI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Piani Attuativi	G1	Attuazione delle 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%			5
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
	G2	Attuazione delle 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	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%			5
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
PESO OBIETTIVI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI								10
							PESO TOTALE	100



	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		
<u>PIANO DEGLI OBIETTIVI</u>		
NOTA A	E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura, nonché del/i responsabile/i di posizione organizzativa illustrare e condividere, con tutto il personale afferente la struttura, gli obiettivi gestionali assegnati. L'assolvimento degli obblighi di legge in merito a prevenzione della corruzione, trasparenza ed integrità in capo ai Responsabili di struttura (dirigenti e titolari P.O.) costituisce condizione di accesso all'istituto della retribuzione di risultato/produttività collettiva per detti soggetti. L'illustrazione e condivisione degli obiettivi a tutto il personale della struttura vanno verbalizzate e i verbali redatti con individuazione dei convocati e le firme dei presenti vanno trasmessi al Controllo di Gestione entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi e/o dei piani specifici.	
NOTA B	L'illustrazione e la condivisione va fatta anche per tutti gli altri piani, se assegnati alla struttura (qualità e accreditamento, rischio clinico), per consentirne la piena attuazione. I momenti di illustrazione e condivisione vanno verbalizzati Tale operatività rappresenta obiettivo specifico del Direttore/Responsabile nonché del/i responsabile/i di posizione organizzativa utile ai fini della sua valutazione individuale.	
NOTA C	E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura e di tutti gli altri Valutatori presenti nella struttura assegnare gli obiettivi di performance individuali a tutte le risorse umane afferenti la struttura attraverso l'utilizzo dei moduli previsti dalla procedura (01,02,03,04,05) specificando per gli item A obiettivi specifici se individuati. Tutte le schede previste sottoscritte dal valutatore e dal valutato vanno trasmesse all'Ufficio Relazioni Sindacali e Politiche del Personale entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi gestionali. Tutte le schede previste dovranno essere valutate per gli item A entro il 28.2.2018 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 D	La struttura è tenuta ad inviare le relazioni di andamento periodico, su base trimestrale entro 30 gg. dalla scadenza del trimestre, utilizzando il modulo specifico, e la relazione finale entro il 28 febbraio 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

		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							
P. OBIETTIVI F1 QUALITA' E ACCREDITAMENTO							
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
					MIN	MAX	
Qualità, Appropriatezza e Sicurezza delle Cure	F1a	Proseguimento percorso SGQ per Accreditemento 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 Accreditemento SC Gastroenterologia Ospedale di Foligno	Completamento del SGQ definito	Redazione delle procedure previste	100%		2
	F1c	Avvio percorso SGQ per Accreditemento nella Gastroenterologia Osp. Orvieto	1) Costituzione gruppo di lavoro aziendale 2) Analisi e contestualizzazione a livello aziendale del PDTA regionale 3) Implementazione	Redazione delle procedure previste	100%		2
	F1d	Avvio percorso SGQ per Accreditemento nella SC Medicina di Foligno	1) Costituzione gruppo di lavoro aziendale 2) Analisi e contestualizzazione a livello aziendale del PDTA regionale 3) Implementazione	Redazione delle procedure previste	100%		1
	F1e	Percorso BPCO	Applicazione PDTA definito	Aderenza a procedura aziendale	100%		1
	F1f	Promuovere l'implementazione dei percorsi diagnostico - terapeutici (PDTA) deliberati dalla Regione Umbria al fine di garantire percorsi integrati e di qualità per la presa in carico delle diverse tipologie di pazienti	Attuazione dei PDTA delle Patologie Tempo dipendenti: - ICTUS	Applicazione PDTA recepiti a livello aziendale	100%		1
	F1g	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 F1	10
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile					
Foligno 16.1.2017		Timbro e Firma Direzione 					

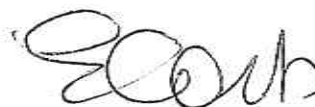
		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA								
<i>Responsabile Dr. Luciano Bisscarini</i>								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
P. OBIETTIVI F2 RISCHIO CLINICO								
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Qualità, Appropriatazza e Sicurezza delle Cure	F2a	Consolidamento del sistema locale di incident reporting: sensibilizzazione alla segnalazione degli eventi avversi e degli eventi evitati, superamento delle barriere alla segnalazione	Realizzazione di almeno 1 Safety Walk Round (SWR) in una struttura afferente	Report SWR trasmesso alla Direzione aziendale	entro dic 2017			1
	F2b		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 strutture afferenti e trasmessi al servizio GRC	Entro giugno 2017 (1° valutazione) Entro Dicembre 2017 (2° valut.)			1
	F2e		Compilazione questionario Framework OMS e individuazione di aree di miglioramento					
PESO OBIETTIVI F2							5	
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile						
Foligno 16.1.2017		Timbro e Firma Direzione						

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA							
Responsabile Dr. Luciano Bissarini							
Anno 2017							
PIANO DEGLI OBIETTIVI							
F. OBIETTIVI F3 FARMACEUTICA							
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
					MIN	MAX	
Qualità, Appropriata e Sicurezza delle Cure	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)	≤ 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	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 (eritropoietine 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 Antitumorali nel rispetto dei protocolli inseriti nel LOG80	Numero richieste appropriate/numero richieste effettuate	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	≤ 4.000	≤ 5.000	≤ 4.000	1
	F3i	Ridurre il consumo dei 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
	F3l	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
						PESO OBIETTIVI F3	10
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile					
Foligno 16.1.2017		Timbro e Firma Direzione					

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA								
Responsabile Dr. Luciano Bisscarini								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
G- OBIETTIVI G1 PREVENZIONE CORRUZIONE								
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Piani Attuativi	G1a	Prevenire fenomeni corruttivi	Attuazione e Rispetto delle misure di prevenzione previste nella mappatura dei processi di cui al PTPCT in vigore (vedi colonna intitolata misure di sicurezza associate)	100%			3	
	G1b		Formazione specifica	Partecipazione a corsi di formazione in materia di prevenzione della corruzione	100%			2
						PESO OBIETTIVI G1		5
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile						
Foligno 16.1.2017		Timbro e Firma Direzione						

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI AREA MEDICA								
Responsabile Dr. Luciano Bisscarini								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
G- OBIETTIVI G2 TRASPARENZA								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOTIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Piani Attivativi	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	Soddisfaccimento % di adempimenti.	100%			2
	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
PESO OBIETTIVI G2								5
Sede e Data negoziazione			Firma Responsabile					
Foligno 16.1.2017			Timbro e Firma Direzione					

			SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
			DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE								
Responsabile Dr.ssa Elisabetta Cortis								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
A: OBIETTIVI PER LA GESTIONE E RENDICONTAZIONE DELLE RISORSE E DI EQUILIBRIO ECONOMICO								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Contabilità Generale e Analitica	A1	Garantire il corretto utilizzo delle risorse con garanzia della corretta alimentazione della contabilità analitica per quanto di pertinenza	Corretta alimentazione contabilità analitica nel rispetto della procedura aziendale	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





SCHEDA OBIETTIVI
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Responsabile Dr.ssa Elisabetta Cortis

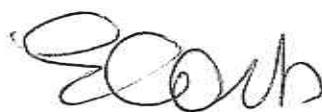
Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

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

OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Flussi Informativi	B1a	Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati da parte delle strutture di degenza nel SW SINCOS con alimentazione dei flussi informativi	Chiusura SDO entro 15 gg. dalla dimissione	SDO chiuse/Totale dimessi	98%	98%	100%	2
	B1b		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
	B1c		Controllo sistematico cartella 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
	B1d		Pieno utilizzo cartella clinica informatizzata	Utilizzo fogli attivi SDO, lettera dimissione, registro operatorio, certificazione inps con corretta assegnazione data prenotazione ricoveri programmati e classe di priorità nel rispetto del regolamento dei ricoveri aziendali	100%			2
	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 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, pertinente e corretta registrazione dei dati per la copertura quantitativa e qualitativa dei dati con soddisfazione del debito informativo NSIS	Trasmissione dei flussi nel rispetto delle modalità, della completezza, della qualità, delle scadenze previste dalle disposizioni nazionali e regionali in aderenza alla procedura aziendale	100% (NC = 0)	95%	100%	2

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		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								
B2b	parte dei Servizi Consultoriali nel SW specifico con alimentazione dei rispettivi flussi	Corretta alimentazione dei sistemi gestionali di pertinenza 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 trimestrale, su format prestabilito, entro 30 giorni dalla chiusura del trimestre	100%	98%	100%	2	
PESO OBIETTIVI FLUSSI INFORMATIVI								12





SCHEDA OBIETTIVI

AREA SANITARIA

DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Responsabile Dr.ssa Elisabetta Cortis

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

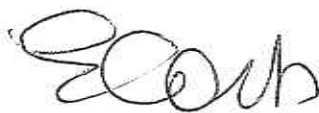
C: OBIETTIVI DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Liste di attesa	C1a	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.	38.000	37.000	38.000	1
	C1b		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
	C1c		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
	C1d		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
	C1e		Gestione sospensione delle agende nel rispetto della procedura aziendale	Corretta applicazione della procedura prevista per la gestione della sospensione delle agende	100% (NC = 0)	95%	100%	1
	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
	C3a	Migliorare e qualificare le modalità organizzative ed erogative nella gestione dell'offerta delle prestazioni di secondo livello per lo screening	Piena attuazione dei percorsi diagnostici di secondo livello per lo screening oncologico citologico	Completamento percorsi di secondo livello con prenotazione in Demetra e registrazione a CUP	100%			1
	C3b		Garanzia di tempi di attesa congrui per le indagini di approfondimento	Percentuali di prestazioni erogate entro i 30 gg	85%	80%	100%	1

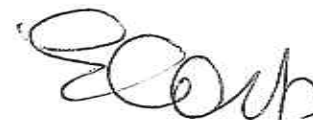
PESO OBIETTIVI LISTE ATTESA

10

			SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
			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								
DI OBIETTIVI ORGANIZZATIVI								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
D1	Promuovere la riorganizzazione e la razionalizzazione dei servizi ospedalieri in aderenza alle linee di indirizzo regionali DGR 212/2016) e alla programmazione aziendale (Delibera del Direttore Generale) per: - efficientare il sistema della rete ospedaliera - assicurare percorsi di presa in carico dei pazienti efficaci ed appropriati		Sviluppo e realizzazione delle attività di riorganizzazione dell'offerta ospedaliera del Dipartimento 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



		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		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							
<u>PIANO DEGLI OBIETTIVI</u>							
03	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 partecipazione 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 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, alla Direzione di Distretto e alla Direzione Sanitaria	Numero di verbali inviati ai Presidi e alla Direzione Sanitaria / Numero riunioni effettuate	100%			2





SCHEDA OBIETTIVI

AREA SANITARIA

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

Organizzazione	D4a	Promuovere e qualificare l'integrazione territorio - ospedale anche attraverso incontri periodici fra Distretto e Ospedale coinvolgendo le figure interessate al confronto (medici, infermieri...) per migliorare e favorire l'integrazione	Attivazione percorso dimissione protette informatizzato in Alt@nte come da progetto regionale: - Utilizzo modulo InterRAI (Contact Assesment) per la gestione dell'assistenza domiciliare	N° gestioni informatizzate da parte dei reparti/ n. richieste totali	100%	98%	100%	1
	D4b		Attivazione percorso dimissione protette informatizzato in Alt@nte come da progetto regionale: - Utilizzo 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
	D5a	Deduzione 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	Definizione 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
	D5b			Numero turni presentati su base mensile/numero turni previsti dalla proposta validata	100%			2
	D6a		Rispetto della programmazione operatoria	Percentuale di interventi rimandati	< 5	5%	< 5	1
	D6b	Promuovere l'utilizzo efficiente delle risorse attraverso la corretta gestione di utilizzo dei blocchi operatori	Rispetto dell'orario della programmazione operatoria	Percentuale interventi programmati in anestesia spinale con inizio (incisione chirurgica) alle 8.45 e interventi programmati in anestesia generale con inizio (incisione chirurgica) alle 8.30	90%	85%	90%	2
	D7a	Garantire le corrette modalità organizzative ed erogative per la gestione dell'offerta delle prestazioni chirurgiche di ricovero e il contenimento dei tempi di attesa nel rispetto della procedura aziendale di riferimento	Corretta alimentazione, gestione ed evasione delle liste di attesa per gli interventi chirurgici in regime di ricovero: - Monitoraggio della concordanza dell'appropriatezza prescrittiva nel rispetto delle griglie del regolamento aziendale - Monitoraggio della gestione delle liste di attesa	Percentuale di pazienti inseriti in lista di attesa congrui con la classe di priorità della griglia	90%	85%	90%	2
	D7b			Controllo periodico della lista di attesa per tutti i casi che superano il tempo di attesa previsti	100%			2
	D7c			Percentuale di concordanza fra il numero di pazienti operati in maniera programmata (già inseriti in lista di attesa) e il numero di pazienti evasi dalla lista	100%			2
	D8a	Garantire le corrette modalità organizzative ed erogative per la gestione dell'offerta delle	Strutturare uno spazio dedicato di attesa per singoli, coppie o piccoli gruppi	Realizzazione sulla strutturazione degli spazi dedicati entro 30.4.2017	100%			2

USL Umbria2		DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	
UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE		DIREZIONE AZIENDALE	
AREA SANITARIA		SCHEDA OBIETTIVI	
Responsabile Dr.ssa Elisabetta Cortis			
Anno 2017			
PIANO DEGLI OBIETTIVI			
DBB	prestazioni e degli interventi per la tutela della salute degli adolescenti	Effettuare consulenze individuali o di coppia per i genitori, anche separati, per il sostegno della genitorialità	N. consulenze effettuate/ N. consulenze richieste
100%			
2	PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI		
25			

Scab



SCHEDA OBIETTIVI

AREA SANITARIA

DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Responsabile Dr.ssa Elisabetta Cortis

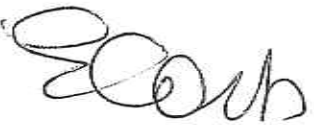
Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

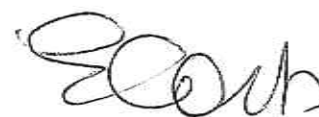
E: OBIETTIVI DI ATTIVITA'

OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
					MIN	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	9.100	8.970	9.100	1
E2a	Raggiungimento degli obiettivi (Patto per la Salute, MeS, indicazioni regionali, strategia aziendale) per promuovere l'efficacia e l'efficienza degli interventi assistenziali in ambito chirurgico	Raggiungimento risultato fissato per gli obiettivi di interesse per strutture chirurgiche - C4 - Appropriata Chirurgica	C4.7 - DRG LEA chirurgici - Percentuale ricoveri in Day Surgery	> 75	66,0%	> 75	1
E2b		Efficienza pre-operatoria - C3	C3.5 Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati	<1	1	<1	1
E2c		Controllo appropriatezza durata ricoveri ordinari	Percentuale di DRG con Degenza media oltre soglia	<1	1	<1	1
E3	Raggiungimento degli obiettivi (Patto per la Salute, MeS, indicazioni regionali, strategia aziendale) per promuovere la qualità degli interventi assistenziali	Valutazione dimissione volontarie dai reparti	D18 % dimissioni volontarie	< 0,35	0,7%	< 0,35	2
E4a	Promuovere l'erogazione delle prestazioni in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità, sicurezza garantendo le prestazioni solo nelle strutture che rispettano i valori soglia dei volumi e di rischio	Rispetto delle soglie minime dei volumi di attività	Rispetto dei volumi per la tipologia di PN	100%			2
E4b		Rispetto delle soglie di rischio ed esito	Percentuale di TC per tipologia di PN	100%			1
E4c		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	Completamento alimentazione registro	N. inserimento registrazioni /n. certificazioni rilasciate	100%	90%	100%	1

Attività



		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		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								
E6a	Raggiungimento degli obiettivi (Patto per la Salute, MeS, indicazioni regionali, strategia aziendale) per promuovere l'efficacia e l'efficienza degli interventi assistenziali in ambito materno infantile	Raggiungimento risultato fissato per gli obiettivi di interesse per strutture dell'area materno infantile - C7 - Materno- infantile	C7.1 % cesarei depurati (NTSV)	< 25 x PN con 1.000 parti < 15 x PN con 500 parti				2
E6b			C7.3 % episiotomia depurate (NTSV)	<15	<30	<15		2
E6c			C17.4.1 % ricoveri sopra soglia per parti	>95	> 90%	>95		1
E6d			C17.4.2 Indice di dispersione della casistica in stabilimenti sotto soglia per parti	<15	<30	<15		1
E6e			C7.6 % di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)	<2,5	<5	<2,5		1
E7a	Promuovere l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza, la qualità, la sicurezza ed equità delle cure	Rispetto programma aziendale per la parto-analgesia	% parti in analgesia	30%	20%	30%		1
E7b		Attivazione della raccolta del sangue cordonale in tutti i punti nascita della Regione mediante la promozione di specifiche iniziative di sensibilizzazione e formazione del personale sanitario afferenti i servizi interessati	Reportistica semestrale sul numero delle donazioni eterologhe	100%				1
PESO OBIETTIVI DI ATTIVITA'								
20								





SCHEDA OBIETTIVI

AREA SANITARIA

DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

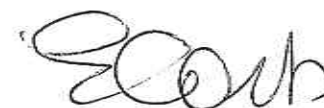
Responsabile Dr.ssa Elisabetta Cortis

Anno 2017

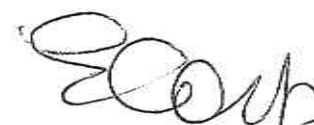
PIANO DEGLI OBIETTIVI

F. OBIETTIVI DI QUALITA', DI APPROPRIATEZZA E DI SICUREZZA DELLE CURE

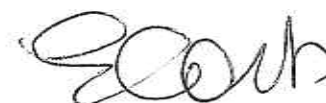
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Qualità, Appropriata e Sicurezza delle Cure	F1	Promuovere la gestione di qualità delle attività delle strutture e dei servizi attraverso il conseguimento dell'accreditamento/della certificazione o l'avvio delle procedure per il SGQ per assicurare gli standard e i livelli di conformità previsti dalle norme di Accreditamento Istituzionale e dalle norme ISO	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Qualità e Accredimento	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	90%	100%	10
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
	F2	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%	90%	100%	5
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
	F3	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	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	90%	100%	10
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
PESO OBIETTIVI QUALITA', APPROPRIATEZZA, SICUREZZA DELLE CURE								25



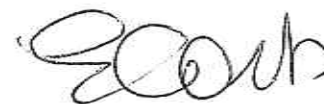
			SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
			DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE								
Responsabile Dr.ssa Elisabetta Cortis								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
G1 OBIETTIVI PER LA REALIZZAZIONE DEI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Piani Attuativi	G1	Attuazione delle 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%			3
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
	G2	Attuazione delle 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	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%			3
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
PESO OBIETTIVI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI								6
							PESO TOTALE	100



	SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA	
	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		
NOTA A	E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura, nonché del/i responsabile/i di posizione organizzativa illustrare e condividere, con tutto il personale afferente la struttura, gli obiettivi gestionali assegnati. L'assolvimento degli obblighi di legge in merito a prevenzione della corruzione, trasparenza ed integrità in capo ai Responsabili di struttura (dirigenti e titolari P.O.) costituisce condizione di accesso all'istituto della retribuzione di risultato/produttività collettiva per detti soggetti. L'illustrazione e condivisione degli obiettivi a tutto il personale della struttura vanno verbalizzate e i verbali redatti con individuazione dei convocati e le firme dei presenti vanno trasmessi al Controllo di Gestione entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi e/o dei piani specifici.	
NOTA B	L'illustrazione e la condivisione va fatta anche per tutti gli altri piani, se assegnati alla struttura (qualità e accreditamento, rischio clinico), per consentirne la piena attuazione. I momenti di illustrazione e condivisione vanno verbalizzati Tale operatività rappresenta obiettivo specifico del Direttore/Responsabile nonché del/i responsabile/i di posizione organizzativa utile ai fini della sua valutazione individuale.	
NOTA C	E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura e di tutti gli altri Valutatori presenti nella struttura assegnare gli obiettivi di performance individuali a tutte le risorse umane afferenti la struttura attraverso l'utilizzo dei moduli previsti dalla procedura (01,02,03,04,05) specificando per gli item A obiettivi specifici se individuati. Tutte le schede previste sottoscritte dal valutatore e dal valutato vanno trasmesse all'Ufficio Relazioni Sindacali e Politiche del Personale entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi gestionali. Tutte le schede previste dovranno essere valutate per gli item A entro il 28.2.2018 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 D	La struttura è tenuta ad inviare le relazioni di andamento periodico, su base trimestrale entro 30 gg. dalla scadenza del trimestre, utilizzando il modulo specifico, e la relazione finale entro il 28 febbraio 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



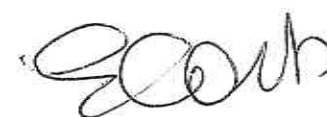
		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE								
Responsabile Dr.ssa Elisabetta Cortis								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
F1 OBIETTIVI F1 QUALITA' E ACCREDITAMENTO								
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Qualità, Appropriatozza e Sicurezza delle Cure	F1a	Completamento percorso SGQ per accreditamento nelle SC Ostetricia e Ginecologia del PO di Spoleto e di Orvieto	Completamento del SGQ definito	Redazione delle procedure previste	100%			2
	F1b	Completamento percorso SGQ per accreditamento SC Pediatria PO di Spoleto e Orvieto	Completamento del SGQ definito	Redazione delle procedure previste	100%			2
	F1c	Accreditamento SC Pediatria PO di Foligno	Applicazione del SGQ definito	Superamento verifica	100%			1
	F1d	Corretta applicazione check-list sicurezza in sala operatoria	Corretto utilizzo della check-list Rev. 00 del 10/12/2015	Corretto utilizzo per tutti i pazienti	100%			1
	F1e	Mantenimento del SGQ nelle strutture accreditate e certificate SC Ostetricia e Ginecologia del PO di Foligno	Applicazione del SGQ definito	Applicazione delle procedure previste	100%			1
	F1f	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 F1							9	
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile						
Terni 19.1.2017		Timbro e Firma Direzione						



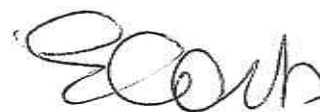
		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE							
Responsabile Dr.ssa Elisabetta Cortis							
Anno 2017							
PIANO DEGLI OBIETTIVI							
F1 OBIETTIVI F2 RISCHIO CLINICO							
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
					MIN	MAX	
Qualità, Appropriatezza e Sicurezza delle Cure	F2a	Consolidamento del sistema locale di incident reporting: sensibilizzazione alla segnalazione degli eventi avversi e degli eventi evitati, superamento delle barriere alla segnalazione	Realizzazione di almeno 1 Safety Walk Round (SWR) in una struttura afferente	Report SWR trasmesso alla Direzione aziendale	entro dic 2017		1
	F2b		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 strutture afferenti e trasmessi al servizio GRC	Entro giugno 2017 (1° valutazione) Entro Dicembre 2017 (2° valut.)		1
	F2e		Compilazione questionario Framework OMS e individuazione di aree di miglioramento				1
						PESO OBIETTIVI F2	5
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile					
Terni 19.1.2017		Timbro e Firma Direzione					



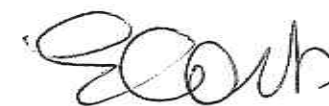
		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE							
Responsabile Dr.ssa Elisabetta Cortis							
Anno 2017							
PIANO DEGLI OBIETTIVI							
F3 OBIETTIVI F3-FARMACEUTICA							
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
					MIN	MAX	
Qualità, Appropriatazza e Sicurezza delle Cure	F3a	Rispetto tetto di budget	Valore economico	1.069.497,81	1.102.575,06	1.069.497,81	2
	F3b	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
	F3c	Ridurre il consumo degli antibiotici in età pediatrica 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
	F3e	Utilizzo richiesta unica motivata per antibioticotterapia 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
PESO OBIETTIVI F3							10
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile					
Termi 19.1.2017		Timbro e Firma Direzione					



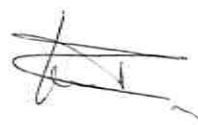
		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE							
Responsabile Dr.ssa Elisabetta Cortis							
Anno 2017							
PIANO DEGLI OBIETTIVI							
G- OBIETTIVI G1 PREVENZIONE CORRUZIONE							
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
					MIN	MAX	
Piani Attuativi	GIa	Prevenire fenomeni corruttivi	Attuazione e Rispetto delle misure di prevenzione previste nella mappatura dei processi di cui al PTPCT in vigore (vedi colonna intitolata misure di sicurezza associate)	100%			2
	GIb		Formazione specifica	Partecipazione a corsi di formazione in materia di prevenzione della corruzione	100%		1
PESO OBIETTIVI G1							3
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile					
Terni 19.1.2017		Timbro e Firma Direzione					



		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE							
Responsabile Dr.ssa Elisabetta Cortis							
Anno 2017							
PIANO DEGLI OBIETTIVI							
G: OBIETTIVI G2 TRASPARENZA							
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
					MIN	MAX	
Piani Attivi	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	Soddisfamento % di adempimenti.	100%		1
	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%		
PESO OBIETTIVI G2							3
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile					
Terni 19.1.2017		Timbro e Firma Direzione					



			SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
			DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE								
Responsabile Dr. Mauro Zampolini								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
A. OBIETTIVI PER LA GESTIONE E RENDICONTAZIONE DELLE RISORSE E DI EQUILIBRIO ECONOMICO								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Contabilità Generale e Analitica	A1	Garantire il corretto utilizzo delle risorse con garanzia della corretta alimentazione della contabilità analitica per quanto di pertinenza	Corretta alimentazione contabilità analitica nel rispetto della procedura aziendale	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






SCHEDA OBIETTIVI

AREA SANITARIA

DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE

Responsabile Dr. Mauro Zampolini

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

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

		OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Flussi Informativi	B1a	Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati da parte delle strutture di degenza nel SW SINCOS con alimentazione dei flussi informativi	Chiusura SDO entro 15 gg. dalla dimissione	SDO chiuse/Totale dimessi	98%	98%	100%	2
	B1b		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
	B1c		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
	B1d		Pieno utilizzo cartella clinica informatizzata	Utilizzo fogli attivi SDO, lettera dimissione, registro operatorio, certificazione inps con corretta assegnazione data prenotazione ricoveri programmati e classe di priorità nel rispetto del regolamento dei ricoveri aziendali	100%			2
	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 corretta e completa registrazione dei dati da parte dei Servizi Territoriali nel SW specifico con alimentazione dei rispettivi flussi	Corretta tenuta dei flussi di governo (STS, FLS) nel rispetto della procedura aziendale di riferimento, attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati per la copertura quantitativa e qualitativa dei dati con soddisfazione del debito informativo NSIS	Trasmissione dei flussi nel rispetto delle modalità, della completezza, della qualità, delle scadenze previste dalle disposizioni nazionali e regionali in aderenza alla procedura aziendale	100% (NC = 0)	95%	100%	2
	B2b		Alimentazione del sistema Att@nte (puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati) per il flusso SIAD	% di registrazione delle attività domiciliare per il debito informativo SIAD % di registrazione delle attività prestazionali ambulatoriali	100%	98%	100%	4
PESO OBIETTIVI FLUSSI INFORMATIVI								14



		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE								
Responsabile Dr. Mauro Zampolini								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
C: OBIETTIVI DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI								
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Liste di attesa	C1a	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.	85.000	84.000	85.000	1
	C1b		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
	C1c		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
	C1d		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
	C1e		Gestione sospensione delle agende nel rispetto della procedura aziendale	Corretta applicazione della procedura prevista per la gestione della sospensione delle agende	100% {NC = 0}	95%	100%	1
	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%	1
PESO OBIETTIVI LISTE ATTESA								
6								



		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE								
Responsabile Dr. Mauro Zampolini								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
D: OBIETTIVI ORGANIZZATIVI								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
D1	Promuovere la riorganizzazione e la razionalizzazione dei servizi ospedalieri in aderenza alle linee di indirizzo regionali DGR 212/2016) e alla programmazione aziendale (Delibera del Direttore Generale) per: - efficientare il sistema della rete ospedaliera - assicurare percorsi di presa in carico dei pazienti efficaci ed appropriati		Sviluppo e realizzazione delle attività di riorganizzazione dell'offerta ospedaliera 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 inapproprietezze 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




		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE								
Responsabile Dr. Mauro Zampolini								
Anno 2017								
PIANO DEGLI 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 partecipazione 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 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, alla Direzione di Distretto e alla Direzione Sanitaria	Numero di verbali inviati ai Presidi e alla Direzione Sanitaria / Numero riunioni effettuate	100%				3
D4a	Promuovere e qualificare l'integrazione territorio - ospedale anche attraverso incontri periodici fra Distretto e Ospedale coinvolgendo le figure interessate al confronto (medici, infermieri...) per migliorare e favorire l'integrazione	Attivazione percorso dimissione protette informatizzato in Ali@nte come da progetto regionale: - Utilizzo 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
D4b		Attivazione percorso dimissione protette informatizzato in Ali@nte come da progetto regionale: - Utilizzo 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
D5a	Deduzione 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	Definizione 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
D5b			Numero turni presentati su base mensile/numero turni previsti dalla proposta validata	100%				2



		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE							
Responsabile Dr. Mauro Zampolini							
Anno 2017							
PIANO DEGLI OBIETTIVI							
Organizzazione	D6	Promuovere l'implementazione di progetti specifici per la qualificazione degli interventi riabilitativi	Implementazione dei seguenti progetti: - Rilancio del laboratorio per lo studio e il trattamento delle spasticità - Utilizzo dell'esoscheletro nella pratica quotidiana 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
	D7a	Potenziale e qualificare l'offerta delle prestazioni riabilitative con miglioramento dell'appropriatezza, potenziamento della	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%		
	D7b		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 visite domiciliari in equipe (fisiatra/fisioterapista) anche ai fini dell'addestramento del caregiver	Organizzazione dei percorsi con definizione dei piani di lavoro e dell'offerta. Relazione sullo sviluppo del progetto di riabilitazione domiciliare 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) valutati 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 multidisciplinare	Relazione sull'organizzazione dei percorsi per la presa in carico multidisciplinare da presentare entro il 30.6.2017	100%		
	D7f		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 operativa/ numeri pazienti neurologici con disfagia ricoverati	100%		

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE							
Responsabile Dr. Mauro Zampolini							
Anno 2017							
PIANO DEGLI OBIETTIVI							
	D7g	presa in carico 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 persona e non semplicemente vincolato alle richieste di visite entro il 30.6.2017	100%		
	D7h		Strutturazione delle agende di secondo livello per la visita fisiatrica o neurologica post dimissione ospedaliera	Organizzazione dei percorsi e delle agende CUP con dedizione dell'offerta	100%		
	D7i		Strutturazione della valutazione di equipe (fisiatra e fisioterapista) nei reparti per acuti da parte delle strutture di riabilitazione intensiva	Relazione sullo sviluppo della valutazione di equipes entro 30.6.2017	100%		
	D7l		Strutturazione delle agende per le prime visite e per le visite di controllo post ciclo di trattamento riabilitativo	Organizzazione dei percorsi e delle agende CUP con dedizione dell'offerta	100%		
	D7m		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%		
	D7n		Promozione di incontri con le Unità Operative ospedaliere per acuti per promuovere l'appropriatezza di richiesta della valutazione fisiatrica	Numero di incontri/anno	almeno 2 incontri anno	mettere lo stesso obiettivo per lo reparto acuti	
	D7o		Promozione di incontri con i MMG e gli Specialisti Ambulatoriali per promuovere l'appropriatezza prescrittiva della valutazione fisiatrica e delle prestazioni fisioterapiche	Numero di incontri/anno	almeno 2 incontri anno	mettere lo stesso obiettivo per i distretti	
PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI						36	




			SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
			DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE								
Responsabile Dr. Mauro Zampolini								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
E: OBIETTIVI DI ATTIVITA'								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Attività	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	1.800	1.774	1.800	1
	E2a	Raggiungimento degli obiettivi (Patto per la Salute, MeS, indicazioni regionali, strategia aziendale) per promuovere l'efficacia e l'efficienza degli interventi assistenziali in ambito medico	Raggiungimento risultato fissato per gli obiettivi di interesse per strutture mediche - C14 - Appropriatazza Medica	C14.2 - Percentuale ricoveri in dh medico con finalità diagnostica	< 18,00	20,0%	< 18,00	2
	E2b			C14.3 - Percentuale ricoveri ordinari medici brevi	< 19,00	20,0%	< 19,00	1
	E2c			C14.4 Percentuale ricoveri medici oltresoglia >= 65 anni	< 2	2,5%	< 2	2
	E3a	Raggiungimento degli obiettivi (Patto per la Salute, MeS, indicazioni regionali, strategia aziendale) per promuovere la qualità degli interventi assistenziali	Valutazione dimissione volontarie dai reparti	D18 % dimissioni volontarie	< 0,35	0,7%	< 0,35	2
	E3b		Controllo appropriatezza durata ricoveri ordinari	Degenza media ricoveri medici ordinari	< 7 gg.	9 gg.	< 7 gg.	2
	E4	Promuovere il miglioramento dell'accessibilità alle strutture per post-acuti attraverso la garanzia di tempi di attesa congrui per la presa in carico delle casistiche segnalate al fine di ridurre le giornate di degenza inappropriate nei reparti per acuti	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
PESO OBIETTIVI DI ATTIVITA'								

12




		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE								
Responsabile Dr. Mauro Zampolini								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
F. OBIETTIVI DI QUALITA', DI APPROPRIATEZZA E DI SICUREZZA DELLE CURE								
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Qualità, Appropriata e Sicurezza delle Cure	F1	Promuovere la gestione di qualità delle attività delle strutture e dei servizi attraverso il conseguimento dell'accreditamento/della certificazione o l'avvio delle procedure per il SGQ per assicurare gli standard e i livelli di conformità previsti dalle norme di Accredimento Istituzionale e dalle norme ISO	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Qualità e Accredimento	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	90%	100%	10
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
	F2	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%	90%	100%	5
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
	F3	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	100%	90%	100%	5
		Promuovere il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed autorizzativa	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
PESO OBIETTIVI QUALITA', APPROPRIATEZZA, SICUREZZA DLLE CURE								
20								



			SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
			DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE								
Responsabile Dr. Mauro Zampolini								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
G- OBIETTIVI PER LA REALIZZAZIONE DEI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Piani Attuativi	G1	Attuazione delle 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%			5
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
	G2	Attuazione delle 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	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%			5
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
PESO OBIETTIVI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI								10
							PESO TOTALE	100



	SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA
	DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE
DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE	
Responsabile Dr. Mauro Zampolini	
Anno 2017	
<u>PIANO DEGLI OBIETTIVI</u>	
NOTA A	E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura, nonché del/i responsabile/i di posizione organizzativa illustrare e condividere, con tutto il personale afferente la struttura, gli obiettivi gestionali assegnati. L'assolvimento degli obblighi di legge in merito a prevenzione della corruzione, trasparenza ed integrità in capo ai Responsabili di struttura (dirigenti e titolari P.O.) costituisce condizione di accesso all'istituto della retribuzione di risultato/produttività collettiva per detti soggetti. L'illustrazione e condivisione degli obiettivi a tutto il personale della struttura vanno verbalizzate e i verbali redatti con individuazione dei convocati e le firme dei presenti vanno trasmessi al Controllo di Gestione entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi e/o dei piani specifici.
NOTA B	L'illustrazione e la condivisione va fatta anche per tutti gli altri piani, se assegnati alla struttura (qualità e accreditamento, rischio clinico), per consentirne la piena attuazione. I momenti di illustrazione e condivisione vanno verbalizzati. Tale operatività rappresenta obiettivo specifico del Direttore/Responsabile nonché del/i responsabile/i di posizione organizzativa utile ai fini della sua valutazione individuale.
NOTA C	E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura e di tutti gli altri Valutatori presenti nella struttura assegnare gli obiettivi di performance individuali a tutte le risorse umane afferenti la struttura attraverso l'utilizzo dei moduli previsti dalla procedura (01,02,03,04,05) specificando per gli item A obiettivi specifici se individuati. Tutte le schede previste sottoscritte dal valutatore e dal valutato vanno trasmesse all'Ufficio Relazioni Sindacali e Politiche del Personale entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi gestionali. Tutte le schede previste dovranno essere valutate per gli item A entro il 28.2.2018 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 D	La struttura è tenuta ad inviare le relazioni di andamento periodico, su base trimestrale entro 30 gg. dalla scadenza del trimestre, utilizzando il modulo specifico, e la relazione finale entro il 28 febbraio 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 

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE							
Responsabile Dr. Mauro Zampolini							
Anno 2017							
PIANO DEGLI OBIETTIVI							
F. OBIETTIVI FI QUALITA' E ACCREDITAMENTO							
	OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
					MIN	MAX	
Qualità, Appropriatazza e Sicurezza delle Cure	F1a	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
	F1c	Mantenimento certificazione e accREDITamento strutture dipartimentali di Foligno, Trevi	Corretta Applicazione SGQ definito	Superamento verifiche	100%		2
	F1d	Promuovere l'implementazione dei percorsi diagnostico - terapeutici (PDTA) deliberati dalla Regione Umbria al fine di garantire percorsi integrati e di qualità per la presa in carico delle diverse tipologie di pazienti	Attuazione dei PDTA delle Patologie Tempo dipendenti: - ICTUS - TRAUMA	Applicazione PDTA recepiti a livello aziendale	100%		2
	F1e	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					
Foligno 18.1.2017		Timbro e Firma Direzione 					



		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE								
Responsabile Dr. Mauro Zampolini								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
F. OBIETTIVI F2 RISCHIO CLINICO								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Qualità, Appropriatazza e Sicurezza delle Cure	F2a	Consolidamento del sistema locale di incident reporting: sensibilizzazione alla segnalazione degli eventi avversi e degli eventi evitati, superamento delle barriere alla segnalazione	Realizzazione di almeno 1 Safety Walk Round (SWR) in una struttura afferente	Report SWR trasmesso alla Direzione aziendale	entro dic 2017			1
	F2b		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 strutture afferenti e trasmessi al servizio GRC	Entro giugno 2017 (1° valutazione) Entro Dicembre 2017 (2° valut.)			1
	F2e		Compilazione questionario Framework OMS e individuazione di aree di miglioramento					1
PESO OBIETTIVI F2								5
Sede e Data negoziazione			Firma Responsabile					
Foligno 18.1.2017			Timbro e Firma Direzione					

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE								
Responsabile Dr. Mauro Zampolini								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
F. OBIETTIVI F3 FARMACEUTICA								
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Qualità, Appropriata e Sicurezza delle Cure	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 sicurezza 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
	F3d		Applicazione protocolli prescrittivi sui farmaci per Sclerosi Multipla	numero prescrizioni nel rispetto protocolli/numero totali di prescrizione farmaci per S.M.	100%			1
	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
PESO OBIETTIVI F3							5	
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile						
Foligno 18.1.2017		Timbro e Firma Direzione						



		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE							
Responsabile Dr. Mauro Zampolini							
Anno 2017							
PIANO DEGLI OBIETTIVI							
G. OBIETTIVI G1 PREVENZIONE CORRUZIONE							
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
					MIN	MAX	
Piani Attuativi	G1a	Prevenire fenomeni corruttivi	Attuazione e Rispetto delle misure di prevenzione previste nella mappature dei processi di cui al PTPCT in vigore (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
PESO OBIETTIVI G1							5
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile					
Foligno 18.1.2017		Timbro e Firma Direzione					



		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE								
Responsabile Dr. Mauro Zampolini								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
G2 OBIETTIVI G2 TRASPARENZA								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Piani Attuativi	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	Soddisfaccimento % di adempimenti.	100%			2
	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
PESO OBIETTIVI G2								5
Sede e Data negoziazione			Firma Responsabile					
Foligno 18.1.2017			Timbro e Firma Direzione					



		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA							
Responsabile Dr. Enrico Giuseppe Cristallini							
Anno 2017							
PIANO DEGLI OBIETTIVI							
A- OBIETTIVI PER LA GESTIONE E RENDICONTAZIONE DELLE RISORSE E DI EQUILIBRIO ECONOMICO							
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
					MIN	MAX	
Contabilità Generale e Analitica	AI	Garantire il corretto utilizzo delle risorse con garanzia della corretta alimentazione della contabilità analitica per quanto di pertinenza	Corretta alimentazione contabilità analitica nel rispetto della procedura aziendale	Controllo del budget operativo trasmesso con cadenza trimestrale e controllo della fornitura di beni e servizi anche rapportandosi con i DEC	100%		3
PESO OBIETTIVI ECONOMICI							3




		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								
B: OBIETTIVI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DEI DATI E DEI FLUSSI INFORMATIVI								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Flussi Informativi	B1a	Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati con alimentazione dei flussi informativi di governo NSIS e la corretta e completa registrazione dei dati da parte dei Servizi Territoriali nel SW specifico con alimentazione dei rispettivi flussi	Integrazione Athena con cartella clinica informatizzata e avvio utilizzo modulo specifico dalla cartella clinica	Utilizzo Athena da Cartella Clinica	100%			3
	B1b		Integrazione programma laboratorio con cartella clinica informatizzata in tutte le strutture di degenza	Utilizzo Siemens da Cartella Clinica	100%			3
	B1c		Integrazione programma SIT con interfaccia per Azienda Ospedaliera	Attivazione programma integrazione e utilizzo braccialetto	100%	95%	100%	3
	B1d		Corretta alimentazione dei sistemi gestionali di pertinenza nel rispetto delle indicazioni formative/informative anche ai fini della produzione della reportistica specifica su format definito per tutte le strutture del Dipartimento	Trasmissione tracciato record delle prestazioni per interni nel rispetto delle regole condivise con il Controllo di Gestione	98%	98%	100%	3
					PESO OBIETTIVI FLUSSI INFORMATIVI			12

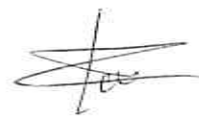



		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA								
Responsabile Dr. Enrico Giuseppe Cristallini								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
C- OBIETTIVI DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI								
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Liste di attesa	C1a	Migliorare e qualificare le modalità organizzative ed erogative nella gestione dell'offerta delle prestazioni ambulatoriali per garantire:	Definizione volumi di attività prestazioni ambulatoriali	Rispetto dei volumi di attività offerti a CUP per le prestazioni istituzionali (comprese quelle domiciliari laddove previsto). Tale tetto determina anche il volume massimo di prestazioni ALPI per la struttura che deve essere inferiore.	2.500.000	2.480.000	2.500.000	2
	C1b	- il mantenimento di adeguati e appropriati livelli dell'offerta rispetto alla domanda,	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
	C1c	- il contenimento dei tempi di attesa,	Monitoraggio tempi di attesa delle prestazioni non RAO	% di prestazioni erogate nei tempi previsti per i non RAO (30 gg)	90%	85%	100%	2
	C1d	- l'efficienza organizzativa del sistema,	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
	C1e	- l'equità di accesso ai servizi ambulatoriali in aderenza alla DGR 498/2016 e della Delibera del Direttore Generale 664/2016	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 sicurezza delle cure e a ridurre l'inappropriatezza prescrittiva	Partecipazione incontri con il CUP per un'analisi mirata delle prestazioni 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	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	
PESO OBIETTIVI LISTE ATTESA								
15								

		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								
D. OBIETTIVI ORGANIZZATIVI								
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Organizzazione	D1	Promuovere la riorganizzazione e la razionalizzazione dei servizi ospedalieri in aderenza alle linee di indirizzo regionali DGR 212/2016) e alla programmazione aziendale (Delibera del Direttore Generale) per: - efficientare il sistema della rete ospedaliera - assicurare percorsi di presa in carico dei pazienti efficaci ed appropriati	Sviluppo e realizzazione delle attività di riorganizzazione dell'offerta ospedaliera del Dipartimento previste nella Delibera del Direttore Generale	Rispetto degli impegni del cronoprogramma	100%			3
	D3	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 Sanitaria	Numero di verbali inviati ai Presidi e alla Direzione Sanitaria / Numero riunioni effettuate	100%			3




		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									
	D4a	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 per struttura) 3 gg. lavorativi per laboratorio settore clinica-chimica	N. referti consegnati in tempi corretti/ n. referti periodo	100%	95%	100%	2	
	D4b		Rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle strutture (<....gg per struttura) 3 gg. lavorativi per immunoematologia	N. referti consegnati in tempi corretti/ n. referti periodo	100%	95%	100%	2	
	D4c		Rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle strutture (<....gg per struttura) 10 gg. lavorativi per biopsia endoscopica gastrica anatomia patologica	N. referti consegnati in tempi corretti/ n. referti periodo	100%	95%	100%	2	
	D5	Promozione attività come da Piano Regionale Sangue	Rispetto della Convenzione sottoscritta AO Terni e USL Umbria2	Definizione protocolli operativi come previsto dalla Convenzione	100%			3	
	D6a	Definizione 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	Definizione 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	
	D6b			Numero turni presentati su base mensile/numero turni previsti dalla proposta validata	100%			2	
					PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI				20






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

F. OBIETTIVI DI ATTIVITA'

OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Attività	E1	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 tempestività di refertazione per l'Anatomia Patologica al fine di ridurre i tempi di diagnosi soprattutto per le patologie con sospetto oncologico, rare... e ridurre i tempi di chiusura delle SDO	Accuratezza diagnostica nelle diagnosi istopatologiche attraverso la doppia lettura	Diagnosi confermate/totale diagnosi	100%	95%	100%	3
	E2b		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
	E3	Migliorare l'accessibilità degli utenti ai servizi attraverso la consegna dei referti on line	Gestione referti on-line su base aziendale	Disponibilità 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

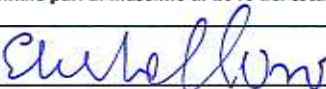
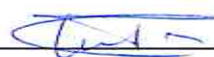



 USL Umbria2		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA								
Responsabile Dr. Enrico Giuseppe Cristallini								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
F. OBIETTIVI DI QUALITA', DI APPROPRIATEZZA E DI SICUREZZA DELLE CURE								
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Qualità, Appropriatezza e Sicurezza delle Cure	F1	Promuovere la gestione di qualità delle attività delle strutture e dei servizi attraverso il conseguimento dell'accreditamento/della certificazione o l'avvio delle procedure per il SGQ per assicurare gli standard e i livelli di conformità previsti dalle norme di Accreditamento Istituzionale e dalle norme ISO	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Qualità e Accredimento	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	90%	100%	10
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
	F2	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%	90%	100%	5
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
	F3	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	100%	90%	100%	10
		Promuovere il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva ed autorizzativa	Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
PESO OBIETTIVI QUALITA', APPROPRIATEZZA, SICUREZZA DLLE CURE								
25								

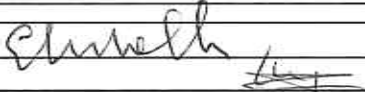



			SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
			DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA								
Responsabile Dr. Enrico Giuseppe Cristallini								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
G. OBIETTIVI PER LA REALIZZAZIONE DEI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Piani Attuativi	G1	Attuazione delle 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%			5
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
	G2	Attuazione delle 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	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%			5
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
PESO OBIETTIVI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI								10
							PESO TOTALE	100




	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		
<u>PIANO DEGLI OBIETTIVI</u>		
NOTA A	E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura, nonché del/i responsabile/i di posizione organizzativa illustrare e condividere, con tutto il personale afferente la struttura, gli obiettivi gestionali assegnati. L'assolvimento degli obblighi di legge in merito a prevenzione della corruzione, trasparenza ed integrità in capo ai Responsabili di struttura (dirigenti e titolari P.O.) costituisce condizione di accesso all'istituto della retribuzione di risultato/produttività collettiva per detti soggetti. L'illustrazione e condivisione degli obiettivi a tutto il personale della struttura vanno verbalizzate e i verbali redatti con individuazione dei convocati e le firme dei presenti vanno trasmessi al Controllo di Gestione entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi e/o dei piani specifici.	
NOTA B	L'illustrazione e la condivisione va fatta anche per tutti gli altri piani, se assegnati alla struttura (qualità e accreditamento, rischio clinico), per consentirne la piena attuazione. I momenti di illustrazione e condivisione vanno verbalizzati Tale operatività rappresenta obiettivo specifico del Direttore/Responsabile nonché del/i responsabile/i di posizione organizzativa utile ai fini della sua valutazione individuale.	
NOTA C	E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura e di tutti gli altri Valutatori presenti nella struttura assegnare gli obiettivi di performance individuali a tutte le risorse umane afferenti la struttura attraverso l'utilizzo dei moduli previsti dalla procedura (01,02,03,04,05) specificando per gli item A obiettivi specifici se individuati. Tutte le schede previste sottoscritte dal valutatore e dal valutato vanno trasmesse all'Ufficio Relazioni Sindacali e Politiche del Personale entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi gestionali. Tutte le schede previste dovranno essere valutate per gli item A entro il 28.2.2018 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 D	La struttura è tenuta ad inviare le relazioni di andamento periodico, su base trimestrale entro 30 gg. dalla scadenza del trimestre, utilizzando il modulo specifico, e la relazione finale entro il 28 febbraio 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 

		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								
F1 OBIETTIVI F1 QUALITA' E ACCREDITAMENTO								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Qualità, Appropriatazza e Sicurezza delle Cure	F1a	Completamento percorso SGQ per accreditamento per il Laboratorio Analisi di Orvieto	Completamento del SGQ definito	redazione delle procedure previste	100%			3
	F1b	Mantenimento del SGQ nelle strutture accreditate e certificate	applicazione del SGQ definito	Superamento delle verifiche	100%			3
	F1c	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
						PESO OBIETTIVI F1		10
Sede e Data negoziazione			Firma Responsabile					
Foligno 20.1.2017			Timbro e Firma Direzione					

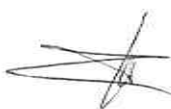
		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA								
<i>Responsabile Dr. Enrico Giuseppe Cristallini</i>								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
F1: OBIETTIVI F2: RISCHIO CLINICO								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Qualità, Appropriatezza e Sicurezza delle Cure	F2a	Consolidamento del sistema locale di incident reporting: sensibilizzazione alla segnalazione degli eventi avversi e degli eventi evitati, superamento delle barriere alla segnalazione	Realizzazione di almeno 1 Safety Walk Round (SWR) in una struttura afferente	Report SWR trasmesso alla Direzione aziendale	entro dic 2017			1
	F2b		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 strutture afferenti e trasmessi al servizio GRC	Entro giugno 2017 (1° valutazione)			1
	F2e		Compilazione questionario Framework OMS e individuazione di aree di miglioramento		Entro Dicembre 2017 (2° valut.)			1
PESO OBIETTIVI F2								5
Sede e Data negoziazione			Firma Responsabile					
Foligno 20.1.2017			Timbro e Firma Direzione					

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA								
Responsabile Dr. Enrico Giuseppe Cristallini								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
F. OBIETTIVI F3 FARMACEUTICA								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Qualità, Appropriatezza e Sicurezza delle Cure	F3a	Promuovere l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica finalizzata alla sicurezza delle cure e all'efficiente utilizzo delle risorse	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		Limitazione dell'utilizzo dei prodotti esclusivi	Numero di prodotti esclusivi utilizzati/numero totale prodotti utilizzati	100%	90%	100%	2
	F3d		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
PESO OBIETTIVI F3								10
Sede e Data negoziazione			Firma Responsabile					
Foligno 20.1.2017			Timbro e Firma Direzione					

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA							
Responsabile Dr. Enrico Giuseppe Cristallini							
Anno 2017							
PIANO DEGLI OBIETTIVI							
G: OBIETTIVI G1 PREVENZIONE CORRUZIONE							
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
					MIN	MAX	
Piani Attuativi	G1a	Prevenire fenomeni corruttivi	Attuazione e Rispetto delle misure di prevenzione previste nella mappatura dei processi di cui al PTPCT in vigore (vedi colonna intitolata misure di sicurezza associate)	100%			3
	G1b		Formazione specifica	Partecipazione a corsi di formazione in materia di prevenzione della corruzione	100%		
PESO OBIETTIVI G1							5
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile					
Foligno 20.1.2017		Timbro e Firma Direzione					

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI PATOLOGIA CLINICA								
Responsabile Dr. Enrico Giuseppe Cristallini								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
G: OBIETTIVI G1 TRASPARENZA								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Piani Attuali	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	Soddisfamento % di adempimenti.	100%			2
	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
PESO OBIETTIVI G2								5
Sede e Data negoziazione			Firma Responsabile					
Foligno 20.1.2017			Timbro e Firma Direzione					

			SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
			DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI								
Responsabile Dr. Gianfranco Pelliccia								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
A- OBIETTIVI PER LA GESTIONE E RENDICONTAZIONE DELLE RISORSE E DI EQUILIBRIO ECONOMICO								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Contabilità Generale e Analitica	A1	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%			3
PESO OBIETTIVI ECONOMICI								3




			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								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
B1- OBIETTIVI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DEI DATI E DEI FLUSSI INFORMATIVI								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Flussi Informativi	B1a	Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati con alimentazione dei flussi informativi di governo NSIS e la corretta e completa registrazione dei dati da parte dei Servizi Territoriali nel SW specifico con alimentazione dei rispettivi flussi	Integrazione RIS con cartella clinica in tutte le sedi e avvio teleradiologia	Rendicontazione attivazione per tutte le strutture	100%			2
	B1b		Attivazione teleradiologia	Telereferenziazione con le altre Aziende Sanitarie	100%			3
	B1c		Attivazione teleradiologia	Telereferenziazione in tutte le sedi	100%			3
	B1d		Corretta alimentazione dei sistemi gestionali di pertinenza nel rispetto delle indicazioni formative/informative anche ai fini della produzione della reportistica specifica su format definito per tutte le strutture del Dipartimento	Trasmissione tracciato record delle prestazioni per interni nel rispetto delle regole condivise con il Controllo di Gestione	98%	98%	100%	2
PESO OBIETTIVI FLUSSI INFORMATIVI								10



		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								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
C: OBIETTIVI DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Liste di attesa	C1a	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.	160.000	158.000	160.000	2
	C1b		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
	C1c		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
	C1d		Validazione dell'erogato nei servizi con monitoraggio della concordanza RAO, per le prestazioni che lo prevedono, nel rispetto della procedura aziendale	Validazione effettuata/validazione totale con % di rilevazione della concordanza per le prestazioni RAO per le prestazioni che lo prevedono	100%	95%	100%	3
	C1e		Gestione sospensione delle agende nel rispetto della procedura aziendale	Corretta applicazione della procedura prevista per la gestione della sospensione delle agende	100% (NC = 0)	95%	100%	2
	C2	Promuovere l'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni diagnostiche finalizzata alla sicurezza delle cure e a ridurre l'inappropriatezza prescrittiva	Partecipazione incontri con il CUP per un'analisi mirata delle prestazioni 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			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
PESO OBIETTIVI LISTE ATTESA								16




		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								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
di OBIETTIVI ORGANIZZATIVI								
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
ORGANIZZAZIONE	D1	Promuovere la riorganizzazione e la razionalizzazione dei servizi ospedalieri in aderenza alle linee di indirizzo regionali DGR 212/2016) e alla programmazione aziendale (Delibera del Direttore Generale) per: - efficientare il sistema della rete ospedaliera - assicurare percorsi di presa in carico dei pazienti efficaci ed appropriati	Sviluppo e realizzazione delle attività di riorganizzazione dell'offerta ospedaliera del Dipartimento previste nella Delibera del Direttore Generale	Rispetto degli impegni del cronoprogramma	100%			3
	D3	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 Sanitaria	Numero di verbali inviati ai Presidi e alla Direzione Sanitaria /Numero riunioni effettuate	100%			3




		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								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
Org	D4a	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 per struttura) 3 gg. lavorativi per le radiologie	N. referti consegnati in tempi corretti/ n. referti periodo	100%	95%	100%	2
	D4b		Rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle strutture (<...gg per struttura) 4 gg. lavorativi per PET	N. referti consegnati in tempi corretti/ n. referti periodo	100%	95%	100%	2
	D4c		Rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle strutture (<...gg per struttura) 3 gg. lavorativi per Senologia	N. referti consegnati in tempi corretti/ n. referti periodo	100%	95%	100%	2
	D4d		Rispetto delle tempistiche nella consegna dei referti da parte delle strutture (<...gg per struttura) 3 gg. lavorativi per Radioterapia	N. referti consegnati in tempi corretti/ n. referti periodo	100%	95%	100%	2
	D5	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 effettuate/ n. richieste	100%			2
	D6a	Definizione 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	Definizione 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
	D6b			Numero turni presentati su base mensile/numero turni previsti dalla proposta validata	100%			2
PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI								20




		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								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
E' OBIETTIVI DI ATTIVITA'								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Attività	E1	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	Promuovere il miglioramento dell'accessibilità ai servizi di diagnostica per immagini attraverso la garanzia di tempi di attesa congrui per l'esecuzione delle prestazioni per interni al fine di ridurre le giornate di degenza inappropriate	Rispetto delle tempistiche per esecuzione esami per interni (<...gg per struttura) 2 gg. lavorativi per esami RX richiesti non urgenti	N. esami eseguiti nei tempi stabiliti/ n. esami eseguiti	90%	85%	90%	2
	E2b		Rispetto delle tempistiche per esecuzione esami per interni (<...gg per struttura) 3 gg. lavorativi per la TAC richiesti non urgenti	N. esami eseguiti nei tempi stabiliti/ n. esami eseguiti	90%	85%	90%	2
	E2c		Rispetto delle tempistiche per esecuzione esami per interni (<...gg per struttura) 3 gg. lavorativi per la RMN richiesti non urgenti	N. esami eseguiti nei tempi stabiliti/ n. esami eseguiti	90%	85%	90%	2
	E2d		Rispetto delle tempistiche per esecuzione esami per interni (<...gg per struttura) 2 gg. lavorativi per ecografie richiesti non urgenti	N. esami eseguiti nei tempi stabiliti/ n. esami eseguiti	90%	85%	90%	2
	E2e		Rispetto delle tempistiche per esecuzione esami per interni (<...gg per struttura) 3 gg. lavorativi per angiografia	N. esami eseguiti nei tempi stabiliti/ n. esami eseguiti	90%	85%	90%	2
	E3		Migliorare l'accessibilità degli utenti ai servizi attraverso la consegna dei referti on line	Gestione referti on-line su base aziendale	Disponibilità referto on-line	100%	95%	100%
	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

		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								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
F. OBIETTIVI DI QUALITA', DI APPROPRIATEZZA E DI SICUREZZA DELLE CURE								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE MINMAX		PESO
Qualità, Appropriata e Sicurezza delle Cure	F1	Promuovere la gestione di qualità delle attività delle strutture e dei servizi attraverso il conseguimento dell'accreditamento/della certificazione o l'avvio delle procedure per il SGQ per assicurare gli standard e i livelli di conformità previsti dalle norme di Accredimento Istituzionale e dalle norme ISO	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Qualità e Accredimento	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	90%	100%	10
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
	F2	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%	90%	100%	5
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
	F3	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	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	90%	100%	10
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
PESO OBIETTIVI QUALITA', APPROPRIATEZZA, SICUREZZA DELLE CURE								25




			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								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
4. OBIETTIVI PER LA REALIZZAZIONE DEI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Piani Attuativi	G1	Attuazione delle 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%			5
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
	G2	Attuazione delle 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	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%			5
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
PESO OBIETTIVI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI								10
							PESO TOTALE	100




		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		
<u>PIANO DEGLI OBIETTIVI</u>		
NOTA A	E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura, nonché del/i responsabile/i di posizione organizzativa illustrare e condividere, con tutto il personale afferente la struttura, gli obiettivi gestionali assegnati. L'assolvimento degli obblighi di legge in merito a prevenzione della corruzione, trasparenza ed integrità in capo ai Responsabili di struttura (dirigenti e titolari P.O.) costituisce condizione di accesso all'istituto della retribuzione di risultato/produttività collettiva per detti soggetti. L'illustrazione e condivisione degli obiettivi a tutto il personale della struttura vanno verbalizzate e i verbali redatti con individuazione dei convocati e le firme dei presenti vanno trasmessi al Controllo di Gestione entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi e/o dei piani specifici.	
NOTA B	L'illustrazione e la condivisione va fatta anche per tutti gli altri piani, se assegnati alla struttura (qualità e accreditamento, rischio clinico), per consentirne la piena attuazione. I momenti di illustrazione e condivisione vanno verbalizzati Tale operatività rappresenta obiettivo specifico del Direttore/Responsabile nonché del/i responsabile/i di posizione organizzativa utile ai fini della sua valutazione individuale.	
NOTA C	E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura e di tutti gli altri Valutatori presenti nella struttura assegnare gli obiettivi di performance individuali a tutte le risorse umane afferenti la struttura attraverso l'utilizzo dei moduli previsti dalla procedura (01,02,03,04,05) specificando per gli item A obiettivi specifici se individuati. Tutte le schede previste sottoscritte dal valutatore e dal valutato vanno trasmesse all'Ufficio Relazioni Sindacali e Politiche del Personale entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi gestionali. Tutte le schede previste dovranno essere valutate per gli item A entro il 28.2.2018 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 D	La struttura è tenuta ad inviare le relazioni di andamento periodico, su base trimestrale entro 30 gg. dalla scadenza del trimestre, utilizzando il modulo specifico, e la relazione finale entro il 28 febbraio 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

		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								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
F1 OBIETTIVI F1 QUALITA' E ACCREDITAMENTO								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Qualità, Appropriatezza e Sicurezza delle Cure	F1a	Completamento percorso SGQ per accreditamento per SC Radiologia Orvieto	Completamento del SGQ definito	redazione delle procedure previste	100%			4
	F1b	Mantenimento del SGQ nelle strutture accreditate e certificate	applicazione del SGQ definito	Superamento delle verifiche	100%			4
	F1c	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 F1		10
Sede e Data negoziazione			Firma Responsabile					
Foligno 20.1.2017			Timbro e Firma Direzione					

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI								
Responsabile Dr. Gianfranco Pelliccia								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
F. OBIETTIVI F2: RISCHIO CLINICO								
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Qualità, Appropriata e Sicurezza delle Cure	F2a	Consolidamento del sistema locale di incident reporting: sensibilizzazione alla segnalazione degli eventi avversi e degli eventi evitati, superamento delle barriere alla segnalazione	Realizzazione di almeno 1 Safety Walk Round (SWR) in una struttura afferente	Report SWR trasmesso alla Direzione aziendale	entro dic 2017			1
	F2b		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 strutture afferenti e trasmessi al servizio GRC	Entro giugno 2017 (1° valutazione)			1
	F2e		Compilazione questionario Framework OMS e individuazione di aree di miglioramento		Entro Dicembre 2017 (2° valut.)			1
PESO OBIETTIVI F2							5	
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile						
Foligno 20.1.2017		Timbro e Firma Direzione						

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI								
<i>Responsabile Dr. Gianfranco Pelliccia</i>								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
P: OBIETTIVI F3 FARMACEUTICA								
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Qualità, Appropriata e Sicurezza delle Cure	F3a	Promuovere l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica finalizzata alla sicurezza delle cure e all'efficiente utilizzo delle risorse	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		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	
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile						
Foligno 20.1.2017		Timbro e Firma Direzione						

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI								
Responsabile Dr. Gianfranco Pelliccia								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
G: OBIETTIVI G1 PREVENZIONE CORRUZIONE								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Piani Attuativi	G1a	Prevenire fenomeni corruttivi	Attuazione e Rispetto delle misure di prevenzione previste nella mappature dei processi di cui al PTPCT in vigore (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
PESO OBIETTIVI G1								5
Sede e Data negoziazione			Firma Responsabile					
Foligno 20.1.2017			Timbro e Firma Direzione					

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI								
Responsabile Dr. Gianfranco Pelliccia								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
G: OBIETTIVI G2 TRASPARENZA								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Piani Attuativi	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	Soddisfamento % di adempimenti.	100%			2
	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
PESO OBIETTIVI G2								5
Sede e Data negoziazione			Firma Responsabile					
Foligno 20.1.2017			Timbro e Firma Direzione					

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE								
Responsabile Dr. Guglielmo Spennanzoni								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
A) OBIETTIVI PER LA GESTIONE E RENDICONTAZIONE DELLE RISORSE E DI EQUILIBRIO ECONOMICO								
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Contabilità Generale e Analitica	A1	Governare la gestione delle risorse assegnate come O.d.S. (Ordinatore della spesa)	Tenuta sotto controllo del budget assegnato attraverso il monitoraggio dei costi per fattore produttivo con rendicontazione in sede di verifica della spesa	Rispetto del budget assegnato complessivamente per tutti i fattori produttivi	100%	99,99%	100%	3
	A2a	Rispettare le procedure amministrativo contabili inerenti il ciclo passivo	Puntuale registrazione del DdT e del MAP in tutte le situazioni possibili	entro il 10 del mese successivo	100%			1
	A2b		Puntuale schedulazione (pre-ordine) nei casi in cui non è possibile la registrazione del DdT e del MAP	entro il 10 del mese successivo	100%			1
	A2c		Rispetto dei tempi di pagamento dei fornitori, corretta gestione dei pagamenti in fattura e gestione fatture parcheggiate	N. liquidazioni effettuati entro i 60 giorni dall'arrivo della fattura/ n. liquidazioni totali Corrispondenza data entrata fattura con data base salvo variazioni per motivi oggettivi (documentati)	100%			1
	A3a		Garantire il corretto utilizzo delle risorse con garanzia della corretta alimentazione della contabilità analitica per quanto di pertinenza	Corretta alimentazione contabilità analitica nel rispetto della procedura aziendale	Congruietà nell'emissione degli ordini con la tipologia di ordine	100% (NC = 0)		
	A3b	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




			SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
			DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE								
Responsabile Dr. Guglielmo Speranzoni								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
B: OBIETTIVI PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DEI DATI E DEI FLUSSI INFORMATIVI								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Flussi Informativi	BTa	Migliorare la qualità delle informazioni sanitarie attraverso la corretta e completa registrazione dei dati con alimentazione dei flussi informativi di governo NSIS	Corretta tenuta dei flussi di governo (STS, FLS.....) nel rispetto della procedura aziendale di riferimento, attraverso la puntuale, tempestiva, pertinente e corretta registrazione dei dati per la copertura quantitativa e qualitativa dei dati con soddisfazione del debito informativo NSIS	Trasmissione dei flussi nel rispetto delle modalità, della completezza, della qualità, delle scadenze previste dalle disposizioni nazionali e regionali in aderenza alla procedura aziendale per FLS 18	100% (NC = 0)	95%	100%	2
	BTb		Corretta e completa registrazione dei dati nei sistemi gestionali specifici di pertinenza del DIP	Percentuale di informazioni complete	100%	95%	100%	2
	BTb	Rendicontazione periodica e annuale delle attività di pertinenza	Produzione della reportistica specifica su format definito (ISP, Promozione Salute ed Epidemiologia, Screening, PSAL, Sanità Animale, IAPZ, IAN, IAQA, Medicina dello Sport)	Trasmissione reportistica richiesta al controllo di gestione su base trimestrale, su format prestabilito, entro 30 giorni dalla chiusura del trimestre	100%	98%	100%	1
PESO OBIETTIVI FLUSSI INFORMATIVI								5




		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE								
Responsabile Dr.Guglielmo Speranzoni								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
C. OBIETTIVI DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI								
		OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Liste di attesa	C1a	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	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.	4.300	4.000	4.300	5
	C1b		Monitoraggio erogazione delle prestazioni	Percentuale di prestazioni prenotate sul totale delle prestazioni erogate	85%	80%	100%	
	C1c		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%	
	C1d		Validazione dell'erogato nei servizi con monitoraggio della concordanza RAO, per le prestazioni che lo prevedono, nel rispetto della procedura aziendale	Validazione effettuata/validazione totale con % di rilevazione della concordanza per le prestazioni RAO per le prestazioni che lo prevedono	100%	95%	100%	
	C1e		Gestione sospensione delle agende nel rispetto della procedura aziendale	Corretta applicazione della procedura prevista per la gestione della sospensione delle agende	100% (NC = 0)	95%	100%	
	C2a	Promuovere le attività motorie nella popolazione sana e nella popolazione diabetica	Accertamento idoneità sportiva	N. Certificazioni idoneità sportiva/ n. richieste	100%	80%	100%	
	C2b		Monitoraggio pazienti diabetici	N. controlli/n. pazienti inviati al servizio	100%	80%	100%	
	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%	
PESO OBIETTIVI LISTE ATTESA								
5								






SCHEDA OBIETTIVI
AREA SANITARIA

DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Responsabile Dr.Guglielmo Speranzoni

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

D. OBIETTIVI ORGANIZZATIVI

OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
				MIN	MAX		
Organizzazione	D1	Promuovere la riorganizzazione dei servizi di afferenza del Dipartimento al fine di garantire uniformità di accesso ai servizi nei 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 tutti 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	Deduzione 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	Definizione 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
	D2b			Numero turni presentati su base mensile/numero turni previsti dalla proposta validata	100%		2
	D1a		Riorganizzazione dei servizi di Medicina dello Sport nei 6 territori aziendali	Ridefinizione dell'organizzazione dei servizi con trasferimento di tutte le attività dai Distretti al Dipartimento e omogeneizzazione delle procedure operative	100%		1
	D1b	Promuovere la riorganizzazione e la razionalizzazione dei servizi territoriali in aderenza alle linee di indirizzo regionali e alla programmazione aziendale per: - efficientare il sistema - assicurare percorsi di presa in carico dei pazienti efficaci ed appropriati	Riorganizzazione dei servizi Vaccinali nei 6 territori aziendali in aderenza anche a quanto previsto dalla DGR 970/2012 e dal PAL	Ridefinizione dell'organizzazione dei servizi vaccinali con ridefinizione dei punti vaccinali a livello distrettuale e governo unitario a livello del Dipartimento di Prevenzione	100%		1
	D1c		Riorganizzazione delle attività di controllo delle acque potabili e degli impianti natatori	Ridefinizione dell'organizzazione delle attività di controllo delle acque potabili e degli impianti natatori per una gestione omogenea area nord e area sud all'interno del Dipartimento di Prevenzione	100%		1
	D1d		Riorganizzazione componente tecnica del Dipartimento	Ridefinizione dell'organizzazione della componente tecnica all'interno del Dipartimento di Prevenzione, presentazione proposta entro il 28.2.2017	100%		1
PESO OBIETTIVI ORGANIZZATIVI						10	



SCHEDA OBIETTIVI
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Responsabile Dr. Guglielmo Speranzoni

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

P. OBIETTIVI DI ATTIVITA'

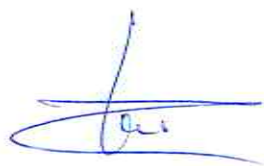
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
					MIN	MAX	
E1a	Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione per la PREVENZIONE delle MALLATTIE INFETTIVE attraverso azioni specifiche	Promuovere la prevenzione delle malattie infettive (azioni di sorveglianza e di copertura)	Ridurre 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			5
E1b1		Garantire la copertura vaccinale Aderenza ai programmi vaccinali	Tasso copertura vaccinazioni obbligatorie	≥ 95	80%	≥ 95	
E1b2			Tasso copertura vaccinale MPR I dose nei bambini	≥ 95	80%	≥ 95	
E1b3			Tasso copertura vaccinale MPR II dose nei bambini (5-6 anni)	≥ 90	80%	≥ 90	
E1b4			Tasso copertura vaccinale per pneumococco	≥ 90	80%	≥ 90	
E1b5			Tasso copertura vaccinale per 1 dose HPV	≥ 80	80%	≥ 80	
E1b6			Tasso copertura vaccinale antinfluenzale negli anziani > 65 anni	≥ 75	70%	≥ 75	
E1c1	Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione per i PIANI DI VIGILANZA attraverso azioni specifiche	Omogeneizzazione sul territorio aziendale della attività di vigilanza	Redazione piano di vigilanza annuale e applicazione protocolli operativi con definizione degli standard di attività, rispetto dei piani di attività programmati	100% previsti da PRP			
E1c2		Controlli Impianti natatori pubblici e/o privati	% controlli effettuati	100% previsti da PRP			
E1c3		Effettuazione prelievi acqua potabile pubblici acquedotti	N. prelievi	100% previsti da PRP			
E1c4		Rendicontazione monitoraggio potabilità delle acque	Relazione	100% previsti da PRP			




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



		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE							
Responsabile Dr. Guglielmo Speranzoni							
Anno 2017							
PIANO DEGLI OBIETTIVI							
E3a1	Conseguimento Obiettivi specifici per la PREVENZIONE MALATTIE ONCOLOGICHE attraverso i programmi di screening	Aderenza al programma specifico screening citologico	B.5.2.1. Estensione corretta dello screening della cervice uterina	> =95%	> 90%	> =95%	5
E3a2			B.5.2.2 Adesione corretta allo screening della cervice uterina	> = 70%	>50%	> = 70%	
E3a3		Aderenza al programma specifico screening 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 citologico	B.5.3.1. Estensione corretta dello screening colorettale	> =95%	> 90%	> =95%	
E3a6			B.5.3.2 Adesione corretta allo screening colorettale	> =65%	>42%	> =65%	
E3b1	Miglioramento degli iter di presa in carico dei percorsi per gli screening oncologici	Piena attuazione dei percorsi diagnostici di secondo livello per gli screening oncologici	Completamento percorsi di secondo livello con prenotazione in DEMETRA e accettazione a CUP	100%			
E3b2		Attuazione programmi per le fasce di popolazione individuate	Inviati per i 3 screening in linea con la programmazione regionale	100%			
E3b3		Garanzia di tempi di attesa congrui per le indagini di approfondimento	Rispetto tempo di attesa per colposcopia	80% entro 30 gg 95% entro 45 gg			
E3b3			Rispetto tempo di attesa per indagini mammografiche di II livello	80% entro 30 gg 95% entro 45 gg			
E3b5			Ridurre l'attesa per la colonscopia in caso di FOBT positivo	60% entro 30 gg 90% entro 45 gg			






SCHEDA OBIETTIVI
AREA SANITARIA

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

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Responsabile Dr. Guglielmo Speranzoni

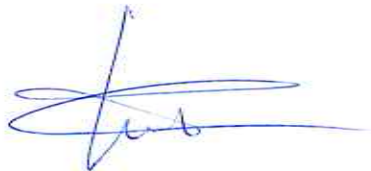
Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

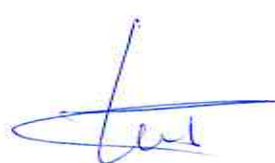
E4a1	Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione per la promozione della salute e sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro ATTIVITA' DI VIGILANZA NEI LUOGHI DI LAVORO	Mantenere adeguati livelli di vigilanza, in particolare in edilizia e agricoltura	N° complessivo di cantieri ispezionati	100% previsti da PRP		
E4a2			N° aziende con dipendenti + lavoratori autonomi oggetto di ispezione	100% previsti da PRP		
E4a3			N° di cantieri ispezionati per amianto	100% previsti da PRP		
E4a4		Attività di verifica e ispezione attrezzature e impianti	N° controlli su soggetti abilitati	100% previsti da PRP		
E4a4			N° Verifiche periodiche impianti riscaldamento	100% previsti da PRP		
E4a6			N° Verifiche 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	Progetti PRP	N° aziende sottoposte a monitoraggio agenti cancerogeni	100% previsti da PRP		
E4b2			N° aziende/cantieri controllati con indagini di igiene industriale	100% previsti da Programmazione PSAL		
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 sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro PREVENZIONE INFORTUNI E MALATTIE PROFESSIONALI	Attività di indagine su infortuni sul lavoro e malattie professionali	N° inchieste infortuni concluse	100% previsti da PRP		
E4c2			N° inchieste malattie professionali concluse	100% previsti da PRP		
E4d1	Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione per la promozione salute e sicurezza negli ambienti e nei luoghi di lavoro dagli interventi di vigilanza alle buone prassi consolidate per favorire il benessere organizzativo	Valutare la documentazione della USL n.2 sia in termini di valutazione del rischio Stress Lavoro Correlato che di intervento per la promozione del benessere organizzativo e validare le buone prassi. Assistenza al Servizio Prevenzione e Protezione aziendale nella realizzazione di una buona prassi	Report con elaborazione statistica dei risultati dei focus group del 2016 per i vari territori distrettuali e presidi ospedalieri o particolari altri sottogruppi richiesti dal SPP	max 15 report		
E4d2			Report con elaborazione statistica dei questionari HSE eventualmente distribuiti dal SPP	max 15 report		
E4d3			Validazione finale della buona prassi	1		
E4f1	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		

5

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE							
Responsabile Dr. Guglielmo Speranzoni							
Anno 2017							
PIANO DEGLI OBIETTIVI							
E5a1	Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione per la Promozione della sicurezza alimentare Attivazione piani di sanità pubblica veterinaria per il controllo delle malattie	Effettiazione controlli nei confronti della brucellosi, leucosi	N. allevamenti bovini oggetto di profilassi per BRC e LEB / N.allevamenti testati	50.00%			5
E5a2		Effettiazione controlli nei confronti della tbc dei bovini e bufalini	N. allevamenti bovini oggetto di profilassi per TBC/ N.allevamenti testati	25.00%			
E5a3		Effettiazione controlli nei confronti della brucellosi degli ovini	N. allevamenti ovini oggetto di profilassi per BRC / N.allevamenti testati	25%			
E5b1	Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione per la Promozione della sicurezza alimentare Attivazione piani di sanità pubblica veterinaria per il controllo allevamenti	Effettiazione controlli anagrafi	N. allevamenti bovini ogetto di ispezioni per il sistema I & R / N. allevamenti controllati	3%			
E5b2			N. allevamenti ovini ogetto di ispezioni per il sistema I & R / N. allevamenti controllati	3%			
E5b3			N. allevamenti suinicoli ogetto di ispezioni per il sistema I & R / N. allevamenti controllati	1%			
E5b4			N. allevamenti 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 testatissecondo la specifica normativa	100%		
E5c	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%			




		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE							
Responsabile Dr. Guglielmo Speranzoni							
Anno 2017							
PIANO DEGLI OBIETTIVI							
E6a1	Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione per Promuovere la Sicurezza Alimentare e la sorveglianza nutrizionale	Sorveglianza e controllo delle aziende	N. aziende controllate/N. aziende sul territorio in base alla ctegorizzazione del rischio	98%			5
E6a2			N. provvedimenti D.lgs 193/2007/N. unità controllate	90%			
E6a3			Numero strutt. san. controllate per legionellosi/ Num. Strutt. Presenti	100%			
E6b		Tempo di definizione dei pareri di competenza	Tempo medio per l'espressione pareri in gg.	10gg			
E6c1		Sorveglianza piano campioni alimenti e bevande	N. campioni alimenti e bevande effettuati/ N. campioni previsti dai programmi regionali e nazionali di campionamento	20,00%			
E6c2			N. visite mense collettive/N. mense collettive autorizzate presenti sul territorio	98%			
E6c3			N. menù validati e/o redatti/N. richieste pervenute	25,00%			




		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE							
Responsabile Dr. Guglielmo Speranzoni							
Anno 2017							
PIANO DEGLI OBIETTIVI							
E7a1	Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione per la promozione sicurezza alimentare e azioni controllo e di vigilanza su imprese conosciute e registrate	Definire piani di controllo e vigilanza aziendali sulla base della categorizzazione del rischio nelle aziende REGISTRATE alimentare	Rispetto frequenza in base DGR 137/13	90 - 100%			5
E7a2		Definire piani di controllo e vigilanza aziendali sulla base della categorizzazione del rischio negli IMPIANTI DI MACELLAZIONE	Rispetto frequenza in base DGR 137/14	100%			
E7a3		Definire piani di controllo e vigilanza aziendali sulla base della categorizzazione del rischio negli stabilimenti RICONOSCIUTI di lavorazione degli alimenti di origine animale	Rispetto frequenza in base DGR 137/15	100%			
E7b	Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione (azioni di vigilanza- prelievo matrici) Aderenza PNR	Ispezioni e prelievi di matrici alimentari ministeriali (Piano Nazionale Residui) - Piani regionali, quando applicabili MACROAREA SICUREZZA ALIMENTARE : IAN - IAOA	Numero ispezioni- campionamenti effettuati/numero ispezioni-campionamenti individuati	100%			
E7c	Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione (azioni di vigilanza- prelievo matrici) Aderenza PRIC	Ispezioni e prelievi di matrici alimentari piani regionali (PRIC) quando applicabili MACROAREA SICUREZZA : IAN - IAOA	Numero ispezioni-campionamenti effettuati/numero ispezioni-campionamenti individuati	100%			




		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE							
Responsabile Dr. Guglielmo Speranzoni							
Anno 2017							
PIANO DEGLI OBIETTIVI							
E8a1	Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione (azioni vigilanza allevamenti) Aderenza al PNI	Sopralluoghi caseifici registrati	Numero sopralluoghi	27			5
E8a2		Sopralluoghi caseifici riconosciuti	Numero sopralluoghi	51			
E8a3		Sopralluoghi gelaterie	% Controlli	20			
E8b1	Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione (azioni vigilanza allevamenti) Aderenza al PNR	Attività per il Piano nazionale alimentazione animale	N° attività sopralluoghi e/o vigilanza	100% previsti da PRP			
E8b2		Attività per il Piano nazionale residui pnr	N° attività sopralluoghi e/o vigilanza	100% previsti da PRP			
E8b3		Attività per il Piano farmacosorveglianza	N° attività sopralluoghi e/o vigilanza	100% previsti da PRP			
E8c1	Conseguimento Obiettivi del Piano della Prevenzione (azioni vigilanza allevamenti) Aderenza al PNE	Attività per il Piano nazionale benessere animale	N° attività e controlli	100% previsti da PRP			
E8c2		Attività per il Piano nazionale riproduzione animale	N° attività e controlli	100% previsti da PRP			
E8c3		Attività per il Controlli sottoprodotti di origine animali	N° attività e controlli	100% previsti da PRP			
PESO OBIETTIVI DI ATTIVITA'							
40							






SCHEDA OBIETTIVI

AREA SANITARIA

DIREZIONE AZIENDALE

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

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Responsabile Dr. Guglielmo Speranzoni

Anno 2017

PIANO DEGLI OBIETTIVI

F. OBIETTIVI DI QUALITA', DI APPROPRIATEZZA E DI SICUREZZA DELLE CURE

OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Qualità, Appropriata e Sicurezza delle Cure	F1	Promuovere la gestione di qualità delle attività delle strutture e dei servizi attraverso il conseguimento dell'accreditamento/della certificazione o l'avvio delle procedure per il SGQ per assicurare gli standard e i livelli di conformità previsti dalle norme di Accreditamento Istituzionale e dalle norme	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Qualità e Accredimento	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	90%	100%	5
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
	F2	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%	90%	100%	5
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
	F3	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 letti di spesa per la struttura con il Dipartimento di Assistenza Farmaceutica	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	90%	100%	5
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
	F4	Promuovere le attività di promozione della Salute in aderenza a quanto previsto dal Piano della Prevenzione con il supporto del Servizio Promozione della Salute	Strutturazione del programma specifico per la struttura con il Servizio Promozione della Salute	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%	90%	100%	5
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
PESO OBIETTIVI QUALITA', APPROPRIATEZZA, SICUREZZA DLE CURE								20




		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE								
Responsabile Dr.Guglielmo Speranzoni								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
G- OBIETTIVI PER LA REALIZZAZIONE DEI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Piani Attuativi	G1	Attuazione delle 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%			5
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
	G2	Attuazione delle 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	Obiettivi conseguiti/obiettivi previsti	100%			5
			Sottoscrizione obiettivi specifici allegati alla scheda di budget					
			Conseguimento obiettivi negoziati					
PESO OBIETTIVI PIANI ATTUATIVI AZIENDALI 10								




		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA	
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE	
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE			
Responsabile Dr. Guglielmo Speranzoni			
Anno 2017			
PIANO DEGLI OBIETTIVI			
			PESO TOTALE 100
NOTA A	E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura, nonché del/i responsabile/i di posizione organizzativa illustrare e condividere, con tutto il personale afferente la struttura, gli obiettivi gestionali assegnati. L'assolvimento degli obblighi di legge in merito a prevenzione della corruzione, trasparenza ed integrità in capo ai Responsabili di struttura (dirigenti e titolari P.O.) costituisce condizione di accesso all'istituto della retribuzione di risultato/produttività collettiva per detti soggetti. L'illustrazione e condivisione degli obiettivi a tutto il personale della struttura vanno verbalizzate e i verbali redatti con individuazione dei convocati e le firme dei presenti vanno trasmessi al Controllo di Gestione entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi e/o dei piani specifici.		
NOTA B	L'illustrazione e la condivisione va fatta anche per tutti gli altri piani, se assegnati alla struttura (qualità e accreditamento, rischio clinico), per consentire la piena attuazione. I momenti di illustrazione e condivisione vanno verbalizzati Tale operatività rappresenta obiettivo specifico del Direttore/Responsabile nonché del/i responsabile/i di posizione organizzativa utile ai fini della sua valutazione individuale.		
NOTA C	E' compito del Direttore/Responsabile della Struttura e di tutti gli altri Valutatori presenti nella struttura assegnare gli obiettivi di performance individuali a tutte le risorse umane afferenti la struttura attraverso l'utilizzo dei moduli previsti dalla procedura (01,02,03,04,05) specificando per gli item A obiettivi specifici se individuati. Tutte le schede previste sottoscritte dal valutatore e dal valutato vanno trasmesse all'Ufficio Relazioni Sindacali e Politiche del Personale entro 30 gg. dalla sottoscrizione degli obiettivi gestionali. Tutte le schede previste dovranno essere valutate per gli item A entro il 28.2.2018 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 D	La struttura è tenuta ad inviare le relazioni di andamento periodico, su base trimestrale entro 30 gg. dalla scadenza del trimestre, utilizzando il modulo specifico, e la relazione finale entro il 28 febbraio 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	
Termini 12.1.2017		Timbro e Firma Direzione	

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA					
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE					
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE							
Responsabile Dr. Guglielmo Speranzoni							
Anno 2017							
PIANO DEGLI OBIETTIVI							
F: OBIETTIVI F1 QUALITA' E ACCREDITAMENTO							
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
					MIN	MAX	
Qualità, Appropriatazza e Sicurezza delle Cure	F1a	Completamento del SGQ definito	Redazione delle procedure previste	100%			5
	Completamento dello sviluppo del SGQ dei servizi vaccinali sulla base delle linee guida regionali in collaborazione con Distretti						
PESO OBIETTIVI F1							5
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile					
Terni 12.1.2017		Timbro e Firma Direzione					

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE								
Responsabile Dr. Guglielmo Speranzoni								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
F: OBIETTIVI F2 RISCHIO CLINICO								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Qualità, Appropriatezza e Sicurezza delle Cure	F2a	Consolidamento del sistema locale di incident reporting: sensibilizzazione alla segnalazione degli eventi avversi e degli eventi evitati, superamento delle barriere alla segnalazione	Riunione sull'argomento incident reporting con i servizi vaccinali, screening oncologico, medicina dello sport	Riunione documentata (verbale + foglio firma) sul tema	Entro aprile 2017			2
	F2b		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
	F2c	Azioni per la promozione della campagna di prevenzione della Legionellosi e della campagna prevenzione della Tubercolosi	Riunioni con le Direzioni Sanitarie Ospedaliere per la promozione delle campagne	Riunioni documentate e attuazione delle azioni individuate	Riunioni entro aprile 2017 e azioni entro dic 2017			2
PESO OBIETTIVI F2								5
Sede e Data negoziazione			Firma Responsabile					
Terni 12.1.2017			Timbro e Firma Direzione					

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE								
Responsabile Dr. Guglielmo Speranzoni								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
P. OBIETTIVI F3 FARMACEUTICA								
OBIETTIVI		AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO	
					MIN	MAX		
Qualità, Appropriatezza e Sicurezza delle Cure	F3a	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
							PESO OBIETTIVI F3	5
Sede e Data negoziazione		Firma Responsabile						
Terni 12.1.2017		Timbro e Firma Direzione						

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE								
<i>Responsabile Dr. Guglielmo Speranzoni</i>								
Anno 2017								
<u>PIANO DEGLI OBIETTIVI</u>								
<i>F: OBIETTIVI F4: PROMOZIONE SALUTE</i>								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Qualità, Appropriatezza e Sicurezza delle Cure	F4a	Realizzazione obiettivi di sorv e promozione della salute	Previste dal PRP	Quelli del Piano	70%	60,00%	90%	2
	F4b	Attività come da delibera costituzione SSD sorv e prom salute ed Epidemiologia	Attività del PRP	Quelli del Piano	80%	70,00%	90%	1
	F4c	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
	F4d	Sanità Animale - Canili aperti per promuovere la salute	Attività previste dal PRP	Quelli del Piano	80%	70,00%	90%	1
PESO OBIETTIVI F4								5
Sede e Data negoziazione			Firma Responsabile					
Terni 12.1.2017			Timbro e Firma Direzione					

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE								
Responsabile Dr. Guglielmo Speranzoni								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
G: OBIETTIVI G1 PREVENZIONE CORRUZIONE								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Piani Attuativi	G1a	Prevenire fenomeni corruttivi	Attuazione e Rispetto delle misure di prevenzione previste nella mappature dei processi di cui al PTPCT in vigore (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
PESO OBIETTIVI G1								5
Sede e Data negoziazione			Firma Responsabile					
Terni 12.1.2017			Timbro e Firma Direzione					

		SCHEDA OBIETTIVI AREA SANITARIA						
		DIREZIONE AZIENDALE UFFICIO DI PIANO - CONTROLLO DI GESTIONE CONTABILITA' ANALITICA E RENDICONTAZIONE DATI DI GESTIONE						
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE								
<i>Responsabile Dr. Guglielmo Speranzoni</i>								
Anno 2017								
PIANO DEGLI OBIETTIVI								
G: OBIETTIVI G2 TRASPARENZA								
OBIETTIVI			AZIONI	INDICATORI	VALORE NEGOZIATO	RANGE		PESO
						MIN	MAX	
Piani Attuativi	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
	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
PESO OBIETTIVI G2							5	
Sede e Data negoziazione			Firma Responsabile					
Terni 12.1.2017			Timbro e Firma Direzione					