



**USL**Umbria**1**

**Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1**

**Documento di Budget - Anno 2014**

**Dipartimento di Chirurgia Generale**

Responsabile Dr. Giacomo Antonini



## NOTE VINCOLANTI AL BUDGET 2014

- Il documento di budget aziendale contrattato impegna il responsabile di struttura al puntuale rispetto di quanto sottoscritto, in base alle risorse negoziate – **Non sono consentite variazioni unilaterali.**
- La **valutazione sul raggiungimento dei risultati** viene espressa in percentuale, da un **minimo di 0 ad un massimo di 100% con percentuali intermedie**, in rapporto al valore di consuntivo rispetto ai valori di range fissati.
- La valutazione verrà effettuata dal Comitato di Budget, il quale dovrà esplicitare le motivazioni che hanno determinato la percentuale di raggiungimento del risultato. Al fine di standardizzare l'emissione del giudizio vengono individuate 5 categorie di esito: **0 - 25% = Insufficiente; 26 - 50% = Scarso; 51 - 75% = Sufficiente; 76 - 85% = Più che sufficiente; 86 - 100% = Buono.**
- Salvo diverso accordo, devono essere **mantenute le performance relative alle attività dovute o ai progetti precedentemente avviati.**



➤ I dati quantitativi per la verifica del raggiungimento degli obiettivi saranno, salvo diverso accordo definito, quelli resi disponibili al **Sistema Informativo Aziendale** secondo le seguenti modalità:

1. **SISTEMA CUP** – Validazione dei piani di lavoro e tempestiva comunicazione al Back-Office, che provvederà all'aggiornamento delle prestazioni, **entro il giorno 8 del mese successivo a quello di erogazione, anche per far fronte agli obblighi previsti dal Ministero delle Finanze** (art. 50 del Decreto-Legge n. 269/ 2003 convertito, con modificazioni, in legge n. 326/2003).
2. **SDO** – Trasmissione alle Direzioni di Stabilimento Ospedaliero delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), correttamente compilate e codificate entro 15 giorni dalla dimissione. L'inserimento dei dati nel sistema informatizzato, da parte delle Direzioni di Stabilimento Ospedaliero, dovrà terminare **entro il 20 del mese successivo la chiusura del trimestre.**
3. **ASTER** - Registrazione delle attività **entro il giorno 10 del mese successivo la chiusura del trimestre**
4. **ATLANTE** - Registrazione delle attività **entro il giorno 10 del mese successivo la chiusura del trimestre.**
5. Per la rilevazione delle attività territoriali non gestite dalle procedure ASTER ed ATLANTE, restano validi i modelli cartacei "ufficiali" che dovranno essere trasmessi al Servizio Pro.C.S.I. entro il **10 del mese successivo la chiusura del trimestre.**

➤ Le U.O. dovranno aderire alle azioni del **Piano Qualità e Risk Management 2014**

*Il mancato rispetto di tali condizioni vincolanti determinerà una penalizzazione complessiva sul risultato che, a valutazione del Comitato di Budget, potrà raggiungere un massimo del 10%.*

- Nel caso in cui il CdR è ostacolato nel raggiungimento di un obiettivo a causa della mancata collaborazione di altri CdR, Servizi o U.O., il Responsabile di CdR dovrà prontamente comunicare tali situazioni alla Direzione Aziendale per consentire di rimuovere gli ostacoli o di sostituire/modificare l'obiettivo.
- La **prima relazione sull'andamento degli obiettivi di budget** (rilevati al 31 Marzo), con evidenziazione di eventuali criticità, andrà consegnata dai Responsabili di Macrostruttura alla Direzione Aziendale **entro il 10 Maggio**. Le richieste di variazioni di budget, opportunamente motivate, dovranno essere inviate alla Direzione Aziendale.
- La **seconda relazione sull'andamento degli obiettivi di budget** (rilevati al 30 Giugno), con evidenziazione di eventuali criticità, andrà consegnata dai Responsabili di Macrostruttura alla Direzione Aziendale **entro il 10 Agosto**. Le richieste di variazioni di budget, opportunamente motivate, dovranno essere inviate alla Direzione Aziendale.
- La **relazione finale sul grado di raggiungimento degli obiettivi di budget** andrà consegnata dai Responsabili di Macrostruttura alla Direzione Aziendale **entro il 28 Febbraio 2015**.





## Scheda A di budget negoziata

Gruppo Documento: Anno 2014

Struttura: Dipartimento di Chirurgia Generale

Responsabile: Dr. Giacomo Antonini

### OBIETTIVI DI ATTIVITA'

| Obiettivo   | Indicatore   | Valore Negoziato | Range     |           | Peso |
|---|--|------------------|-----------|-----------|------|
|   |  |                  | 0%        | 100%      |      |
| Migliorare l'offerta e la qualità dell'attività chirurgica erogata con riduzione dei DRG medici e delle giornate di degenza improprie con particolare riferimento a quelle pre-operatorie   | DRG Chirurgici Totali (DO e DS)  | 7.670,00         | 4.200,0   | 7.670,0   | 7    |
|   | N° Interventi chirurgici ambulatoriali   | 5.630,00         | 3.700,0   | 5.630,0   | 3    |
|   | N° interventi effettuati in laparoscopia   | 1.540,00         | 1.050,0   | 1.540,0   | 2    |
|   | % DRG Medici in DO   | 15,00            | 20,0      | 15,0      | 3    |
|   | % DRG Medici in DS   | 5,00             | 20,0      | 5,0       | 3    |
|   | DM preoperatoria DRG Chirurgici programmati in DO  | 0,50             | 1,0       | 0,5       | 3    |
| Peso Obiettivo: 21  |  |                  |           |           |      |
| Sviluppare le attività di Chirurgia specialistica negli Ospedali di Territorio, attraverso l'integrazione dei professionisti anche con quelli di altre Aziende Sanitarie Regionali  | N° casi di Chirurgia ricostruttiva negli H Territorio (Int. Ambul. e DRG C in re                     | 1.670,00         | 1.270,0   | 1.670,0   | 2    |
|   | N° casi di Chirurgia oculistica negli H Territorio (Int. Ambul. e DRG C in regim                     | 900,00           | 700,0     | 900,0     | 2    |
|   | N° casi di Chirurgia ortopedica negli H Territorio (Int. Ambul. e DRG C in regim                     | 690,00           | 490,0     | 690,0     | 2    |
|   | N° casi di Chirurgia ORL negli H Territorio (Int. Ambul. e DRG C in regime di ri                     | 380,00           | 200,0     | 380,0     | 2    |
|   | N° casi di Chirurgia urologica negli H Territorio (Int. Ambul. e DRG C in regim                      | 190,00           | 135,0     | 190,0     | 2    |
| Peso Obiettivo: 10  |  |                  |           |           |      |
| Garantire la disponibilità di equo accesso ai servizi attraverso la gestione dell'offerta complessiva ambulatoriale tramite il sistema CUP integrato  | Revisione period. Agende di prenotaz. delle prestaz.- spec.ambulatoriale in base alla domanda e TA   | 100,00           | 0,0       | 100,0     | 1    |
|   | % Prestazioni prenotate  | 75,00            | 65,0      | 75,0      | 2    |
| Peso Obiettivo: 3   |  |                  |           |           |      |
| Potenziare la specialistica ambulatoriale adeguando l'offerta al bisogno dell'utenza, garantendo priorità e promuovendo azioni di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, al fine di mantenere i T. A. entro i Tempi Massimi Aziendali. | N° prestazioni equivalenti   | 370.000,00       | 283.000,0 | 370.000,0 | 3    |
|   | % prestaz. a monitoraggio con TM attesa entro i TM Aziendali e previsti per classi di priorità (RAO) | 90,00            | 50,0      | 90,0      | 3    |
| Peso Obiettivo: 6   |  |                  |           |           |      |

## Scheda A di budget negoziata

Gruppo Documento: Anno 2014  
Struttura: Dipartimento di Chirurgia Generale

Responsabile: Dr. Giacomo Antonini

### OBIETTIVI DI TIPO ORGANIZZATIVO

| Obiettivo   | Indicatore   | Valore Negoziato | Range |       | Peso              |
|---|--|------------------|-------|-------|-------------------|
|   |  |                  | 0%    | 100%  |                   |
| Riorganizzare e razionalizzare i servizi assistenziali (DGR 970/12-L.R.18/12) allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza con la messa a regime di modelli assistenziali che promuovono la centralità del paziente e un corretto utilizzo delle risorse. | Definizione progetto attivazione offerta chir. spec. con pool itineranti di professionisti | 100,00           | 0,0   | 100,0 | 3                 |
|   |  |                  |       |       | Peso Obiettivo: 3 |
| Migliorare l'utilizzo delle risorse umane e ottimizzare l'organizzazione dell'orario di lavoro anche attraverso la revisione dei modelli organizzativi  | Rispetto del budget di straordinario assegnato   | 100,00           | 0,0   | 100,0 | 3                 |
|   |  |                  |       |       | Peso Obiettivo: 3 |

### OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO QUALITA'

| Obiettivo   | Indicatore  | Valore Negoziato | Range       |             | Peso              |
|---|---|------------------|-------------|-------------|-------------------|
|   |   |                  | 0%          | 100%        |                   |
| Migliorare l'appropriatezza dell'attività chirurgica anche attraverso l'utilizzo dei corretti modelli assistenziali   | % casi trasferiti in regime di Day Surgery (compresa la One DS)                                     | 85,00            | 50,0        | 85,0        | 3                 |
|   | % casi trasferiti in chirurgia ambulatoriale  | 75,00            | 50,0        | 75,0        | 2                 |
|   |   |                  |             |             | Peso Obiettivo: 5 |
| Promuovere l'appropriatezza prescrittiva ed il corretto utilizzo delle risorse garantendo il rispetto del budget economico assegnato alla luce della Spending Review  | Tetto di spesa dei beni-sanitari (comprensivo del ribaltamento aree comuni di degenza e B.O.)       | 3.382.800,00     | 3.484.284,0 | 3.382.800,0 | 5                 |
|   |   |                  |             |             | Peso Obiettivo: 5 |
| Promuovere la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera  | % Ricoveri ordinari potenzialmente inappropriati da LEA   | 20,00            | 35,0        | 20,0        | 2                 |
|   | DRG LEA Chirurgici:% ricoveri in DS   | 90,00            | 60,0        | 90,0        | 2                 |
|   | % ricoveri ordinari medici brevi  | 20,00            | 25,0        | 20,0        | 2                 |
|   |   |                  |             |             | Peso Obiettivo: 6 |
| Promuovere cultura e prassi di Risk Management anche attraverso il miglioramento dell'informazione al paziente, la corretta compilazione della documentazione sanitaria, e l'adesione a procedure di miglioramento della qualità e gestione del rischio clinico | % cartelle cliniche con corretta compilazione del consenso informato                                | 100,00           | 90,0        | 100,0       | 4                 |
|   | % cartelle cliniche con corretta compilazione del diario clinico                                    | 100,00           | 90,0        | 100,0       | 4                 |
|   | Definizione-implementaz. procedura Az. per gestione della C. Clinica e revisione modulistica comune | 100,00           | 0,0         | 100,0       | 2                 |
|   | Definizione-implementaz. procedura Az.le gestione consenso informato e relativo modulo multilingue  | 100,00           | 0,0         | 100,0       | 2                 |



## Scheda A di budget negoziata

Gruppo Documento: Anno 2014

Struttura: Dipartimento di Chirurgia Generale

Responsabile: Dr. Giacomo Antonini

### OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO QUALITA'

| Obiettivo   | Indicatore   | Valore Negoziato | Range |       | Peso |
|---|--|------------------|-------|-------|------|
|   |  |                  | 0%    | 100%  |      |
| Promuovere cultura e prassi di Risk Management anche attraverso il miglioramento dell'informazione al paziente, la corretta compilazione della documentazione sanitaria, e l'adesione a procedure di miglioramento della qualità e gestione del rischio clinico | Definizione-adozione note informat. condivise per le prime 10 procedure mediche-chirurg-ostetr-gin.  | 100,00           | 0,0   | 100,0 | 2    |
|   | Definizione-sperimentazione di scheda Az.le segnalazione spontanea degli eventi (Incident Reporting) | 100,00           | 0,0   | 100,0 | 1    |
| Peso Obiettivo: 15  |  |                  |       |       |      |
| Garantire la corretta gestione del registro operatorio attraverso la completa implementazione della procedura informatizzata aziendale  | Report da sistema informatico  | 100,00           | 0,0   | 100,0 | 5    |
| Peso Obiettivo: 5   |  |                  |       |       |      |
| Promuovere l'appropriatezza e la sicurezza delle cure attraverso l'adesione a linee guida, protocolli diagnostico-terapeutici e procedure operative   | % interventi chirurgici con check-list minist. per sicurezza in sala operat. correttam. utilizzata   | 100,00           | 90,0  | 100,0 | 4    |
|   | % di interventi chirurgici con antibiotico profilassi preoperatoria                                  | 100,00           | 90,0  | 100,0 | 4    |
|   | % cartelle cliniche paz. operati con corretta compilazione scheda di monitoraggio postoperatorio.    | 100,00           | 90,0  | 100,0 | 4    |
|   | Definizione ed implementazione della procedura per l'impiego di antimicrobici ad alto costo          | 100,00           | 0,0   | 100,0 | 2    |
|   | Definizione ed implementazione della procedura per l'impiego di specialità a base di albumina umana  | 100,00           | 0,0   | 100,0 | 2    |
|   | Definizione-implementaz procedura Az.le per la corretta prescriz-erogaz della nutrizione artificiale | 100,00           | 0,0   | 100,0 | 2    |
| Peso Obiettivo: 18  |  |                  |       |       |      |

Totale Pesi: 100

## Scheda B di Budget - Piano delle Risorse: Anno 2014

Dipartimento Chirurgia Generale - Responsabile: Dr. Giacomo Antonini

### PERSONALE DIPENDENTE

| Profilo professionale | Unità da Turn Over | Unità aggiuntive | Note                            |
|-----------------------|--------------------|------------------|---------------------------------|
| Dirigente Medico      |                    | 1                | UOC Chirurgia Città di Castello |
| OSS                   | 1                  |                  | UOC Chirurgia MVT               |

Nel corso dell'anno 2014, la Direzione Aziendale avvierà il processo di stabilizzazione del personale con incarico a tempo determinato su posto vacante (escluso supplenze e sostituzioni) compatibilmente con i tempi di effettuazione delle procedure di reclutamento

### CONTRATTI LIBERO PROFESSIONALI

| Tipologia Attività   | Ore/settimana previste | Note                                   |
|----------------------|------------------------|--|
| Chirurgia Oculistica | 18                     | UOC Chirurgia Trasimeno                |
| Chirurgia Plastica   | 36                     | UOC Chirurgia Plastica e Ricostruttiva |

### CONSULENZE SANITARIE

| Tipologia Attività   | Struttura di provenienza | note |
|----------------------|--------------------------|------|
| Chirurgia ortopedica | Az. Ospedaliera Perugia  |      |
| Chirurgia urologica  | Az. Ospedaliera Perugia  |      |
| Chirurgia Oculistica | Az. Ospedaliera Terni    |      |



## Scheda B di Budget - Piano delle Risorse: Anno 2014

Dipartimento Chirurgia Generale - Responsabile: Dr. Giacomo Antonini

### FONDI DI INVESTIMENTO PER ATTREZZATURE SANITARIE, ARREDI E TECNOLOGIA INFORMATICA

Dopo la contrazione del mutuo, le cui procedure sono in corso, la Direzione negozierà uno specifico budget economico per gli investimenti sulla base delle necessità segnalate e della compatibilità economica. Gli investimenti 2014 dovranno essere destinati, prioritariamente, all'eventuale sostituzione di apparecchiature che si renderanno non più utilizzabili e necessarie allo svolgimento delle attività e alla sicurezza degli assistiti.

### FORMAZIONE

Le attività di formazione e di aggiornamento del personale sono previste nel Piano di Formazione Aziendale 2014





**USL**Umbria**1**

**Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1**

**Documento di Budget - Anno 2014**

Dipartimento di Chirurgia Specialistica

Responsabile Dr. Filippo Balloni



## NOTE VINCOLANTI AL BUDGET 2014

- Il documento di budget aziendale contrattato impegna il responsabile di struttura al puntuale rispetto di quanto sottoscritto, in base alle risorse negoziate – **Non sono consentite variazioni unilaterali.**
- La **valutazione sul raggiungimento dei risultati** viene espressa in percentuale, da un **minimo di 0 ad un massimo di 100% con percentuali intermedie**, in rapporto al valore di consuntivo rispetto ai valori di range fissati.
- La valutazione verrà effettuata dal Comitato di Budget, il quale dovrà esplicitare le motivazioni che hanno determinato la percentuale di raggiungimento del risultato. Al fine di standardizzare l'emissione del giudizio vengono individuate 5 categorie di esito: **0 - 25% = Insufficiente; 26 - 50% = Scarso; 51 - 75% = Sufficiente; 76 - 85% = Più che sufficiente; 86 - 100% = Buono.**
- Salvo diverso accordo, devono essere **mantenute le performance relative alle attività dovute o ai progetti precedentemente avviati.**



- I dati quantitativi per la verifica del raggiungimento degli obiettivi saranno, salvo diverso accordo definito, quelli resi disponibili al **Sistema Informativo Aziendale** secondo le seguenti modalità:
1. **SISTEMA CUP** – Validazione dei piani di lavoro e tempestiva comunicazione al Back-Office, che provvederà all'aggiornamento delle prestazioni, **entro il giorno 8 del mese successivo a quello di erogazione, anche per far fronte agli obblighi previsti dal Ministero delle Finanze** (art. 50 del Decreto-Legge n. 269/ 2003 convertito, con modificazioni, in legge n. 326/2003).
  2. **SDO** – Trasmissione alle Direzioni di Stabilimento Ospedaliero delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), correttamente compilate e codificate entro 15 giorni dalla dimissione. L'inserimento dei dati nel sistema informatizzato, da parte delle Direzioni di Stabilimento Ospedaliero, dovrà terminare **entro il 20 del mese successivo la chiusura del trimestre.**
  3. **ASTER** - Registrazione delle attività **entro il giorno 10 del mese successivo la chiusura del trimestre**
  4. **ATLANTE** - Registrazione delle attività **entro il giorno 10 del mese successivo la chiusura del trimestre.**
  5. Per la rilevazione delle attività territoriali non gestite dalle procedure ASTER ed ATLANTE, restano validi i modelli cartacei "ufficiali" che dovranno essere trasmessi al Servizio Pro.C.S.I. entro il **10 del mese successivo la chiusura del trimestre.**
- Le U.O. dovranno aderire alle azioni del **Piano Qualità e Risk Management 2014**

*Il mancato rispetto di tali condizioni vincolanti determinerà una penalizzazione complessiva sul risultato che, a valutazione del Comitato di Budget, potrà raggiungere un massimo del 10%.*

- Nel caso in cui il CdR è ostacolato nel raggiungimento di un obiettivo a causa della mancata collaborazione di altri CdR, Servizi o U.O., il Responsabile di CdR dovrà prontamente comunicare tali situazioni alla Direzione Aziendale per consentire di rimuovere gli ostacoli o di sostituire/modificare l'obiettivo.
- La **prima relazione sull'andamento degli obiettivi di budget** (rilevati al 31 Marzo), con evidenziazione di eventuali criticità, andrà consegnata dai Responsabili di Macrostruttura alla Direzione Aziendale **entro il 10 Maggio**. Le richieste di variazioni di budget, opportunamente motivate, dovranno essere inviate alla Direzione Aziendale.
- La **seconda relazione sull'andamento degli obiettivi di budget** (rilevati al 30 Giugno), con evidenziazione di eventuali criticità, andrà consegnata dai Responsabili di Macrostruttura alla Direzione Aziendale **entro il 10 Agosto**. Le richieste di variazioni di budget, opportunamente motivate, dovranno essere inviate alla Direzione Aziendale.
- La **relazione finale sul grado di raggiungimento degli obiettivi di budget** andrà consegnata dai Responsabili di Macrostruttura alla Direzione Aziendale **entro il 28 Febbraio 2015**.





## Scheda A di budget negoziata

Gruppo Documento: Anno 2014  
Struttura: Dipartimento di Chirurgia Specialistica

Responsabile: Dr. Filippo Balloni

### OBIETTIVI DI ATTIVITA'

| Obiettivo   | Indicatore   | Valore Negoziato | Range     |           | Peso |
|---|--|------------------|-----------|-----------|------|
|   |  |                  | 0%        | 100%      |      |
| Migliorare l'offerta e la qualità dell'attività chirurgica erogata con riduzione dei DRG medici e delle giornate di degenza improprie con particolare riferimento a quelle pre-operatorie   | DRG Chirurgici Totali (DO e DS)  | 3.240,00         | 2.330,0   | 3.240,0   | 7    |
|   | N° Interventi chirurgici ambulatoriali   | 2.170,00         | 1.670,0   | 2.170,0   | 3    |
|   | % DRG Medici in DO   | 15,00            | 20,0      | 15,0      | 4    |
|   | % DRG Medici in DS   | 5,00             | 20,0      | 5,0       | 4    |
|   | DM preoperatoria DRG Chirurgici programmati in DO  | 0,50             | 1,0       | 0,5       | 3    |
| Peso Obiettivo: 21  |  |                  |           |           |      |
| Sviluppare le attività di Chirurgia specialistica negli Ospedali di Territorio, attraverso l'integrazione dei professionisti anche con quelli di altre Aziende Sanitarie Regionali  | N° casi di Chirurgia urologica negli H Territorio (DRG C e Int. Amb.)                                | 90,00            | 65,0      | 90,0      | 3    |
| Peso Obiettivo: 3   |  |                  |           |           |      |
| Garantire la disponibilità di equo accesso ai servizi attraverso la gestione dell'offerta complessiva ambulatoriale tramite il sistema CUP integrato  | % Prestazioni prenotate  | 75,00            | 60,0      | 75,0      | 3    |
|   | Revisione period. Agende di prenotaz. delle prestaz.- spec.ambulatoriale in base alla domanda e TA   | 100,00           | 0,0       | 100,0     | 2    |
| Peso Obiettivo: 5   |  |                  |           |           |      |
| Potenziare la specialistica ambulatoriale adeguando l'offerta al bisogno dell'utenza, garantendo priorità e promuovendo azioni di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, al fine di mantenere i T. A. entro i Tempi Massimi Aziendali. | N° prestazioni equivalenti   | 543.000,00       | 452.000,0 | 543.000,0 | 3    |
|   | % prestaz. a monitoraggio con TM attesa entro i TM Aziendali e previsti per classi di priorità (RAO) | 90,00            | 50,0      | 90,0      | 3    |
| Peso Obiettivo: 6   |  |                  |           |           |      |

### OBIETTIVI DI TIPO ORGANIZZATIVO

| Obiettivo   | Indicatore   | Valore Negoziato | Range |       | Peso |
|---|--|------------------|-------|-------|------|
|   |  |                  | 0%    | 100%  |      |
| Riorganizzare e razionalizzare i servizi assistenziali (DGR 970/12-L.R.18/12) allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza con la messa a regime di modelli assistenziali che promuovono la centralità del paziente e un corretto utilizzo delle risorse. | Definizione progetto attivazione offerta chir. spec. con pool itineranti di professionisti | 100,00           | 0,0   | 100,0 | 4    |
| Peso Obiettivo: 4   |  |                  |       |       |      |

## Scheda A di budget negoziata

Gruppo Documento: Anno 2014  
Struttura: Dipartimento di Chirurgia Specialistica

Responsabile: Dr. Filippo Balloni

### OBIETTIVI DI TIPO ORGANIZZATIVO

| Obiettivo  | Indicatore                                     | Valore Negoziato | Range |       | Peso |
|--|--|------------------|-------|-------|------|
|  |  |                  | 0%    | 100%  |      |
| Migliorare l'utilizzo delle risorse umane e ottimizzare l'organizzazione dell'orario di lavoro anche attraverso la revisione dei modelli organizzativi | Rispetto del budget di straordinario assegnato | 100,00           | 0,0   | 100,0 | 5    |

Peso Obiettivo: 5

### OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO QUALITA'

| Obiettivo  | Indicatore   | Valore Negoziato | Range |      | Peso |
|--|--|------------------|-------|------|------|
|  |  |                  | 0%    | 100% |      |
| Garantire qualità e tempestività nel trattamento ortopedico della frattura del femore per migliorare il recupero funzionale dell'individuo riducendo il rischio di conseguenze in termini di complicanze, disabilità ed impatto sulla vita sociale | % fratture del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione | 70,00            | 50,0  | 70,0 | 3    |

Peso Obiettivo: 3

|   |   |       |      |      |   |
|---|---|-------|------|------|---|
| Migliorare l'appropriatezza dell'attività chirurgica anche attraverso l'utilizzo dei corretti modelli assistenziali | % casi trasferiti in regime di Day Surgery (compresa la One DS) | 85,00 | 50,0 | 85,0 | 4 |
|---|---|-------|------|------|---|

Peso Obiettivo: 4

|  |   |              |             |             |   |
|--|---|--------------|-------------|-------------|---|
| Promuovere l'appropriatezza prescrittiva ed il corretto utilizzo delle risorse garantendo il rispetto del budget economico assegnato alla luce della Spending Review | Tetto di spesa dei beni-sanitari (comprensivo del ribaltamento aree comuni di degenza e B.O.) | 3.475.100,00 | 3.579.353,0 | 3.475.100,0 | 7 |
|--|---|--------------|-------------|-------------|---|

Peso Obiettivo: 7

|  |   |       |      |      |   |
|--|---|-------|------|------|---|
| Promuovere la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera | % Ricoveri ordinari potenzialmente inappropriati da LEA | 20,00 | 35,0 | 20,0 | 2 |
|  | DRG LEA Chirurgici:% ricoveri in DS                     | 90,00 | 60,0 | 90,0 | 2 |
|  | % ricoveri ordinari medici brevi                        | 20,00 | 25,0 | 20,0 | 2 |

Peso Obiettivo: 6

|   |   |        |      |       |   |
|---|---|--------|------|-------|---|
| Promuovere cultura e prassi di Risk Management anche attraverso il miglioramento dell'informazione al paziente, la corretta compilazione della documentazione sanitaria, e l'adesione a procedure di miglioramento della qualità e gestione del rischio clinico | % cartelle cliniche con corretta compilazione del consenso informato                                | 100,00 | 90,0 | 100,0 | 3 |
|   | % cartelle cliniche con corretta compilazione del diario clinico                                    | 100,00 | 90,0 | 100,0 | 3 |
|   | Definizione-implementaz. procedura Az. per gestione della C. Clinica e revisione modulistica comune | 100,00 | 0,0  | 100,0 | 2 |

## Scheda A di budget negoziata

Gruppo Documento: Anno 2014  
Struttura: Dipartimento di Chirurgia Specialistica

Responsabile: Dr. Filippo Balloni

### OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO QUALITA'

| Obiettivo   | Indicatore   | Valore Negoziato | Range |       | Peso               |
|---|--|------------------|-------|-------|--------------------|
|   |  |                  | 0%    | 100%  |                    |
| Promuovere cultura e prassi di Risk Management anche attraverso il miglioramento dell'informazione al paziente, la corretta compilazione della documentazione sanitaria, e l'adesione a procedure di miglioramento della qualità e gestione del rischio clinico | Definizione-implementaz. procedura Az.le gestione consenso informato e relativo modulo multilingue   | 100,00           | 0,0   | 100,0 | 2                  |
|   | Definizione-adozione note informat. condivise per le prime 10 procedure mediche-chirurg-ostetr-gin.  | 100,00           | 0,0   | 100,0 | 2                  |
|   | Definizione-sperimentazione di scheda Az.le segnalazione spontanea degli eventi (Incident Reporting) | 100,00           | 0,0   | 100,0 | 2                  |
|   |  |                  |       |       | Peso Obiettivo: 14 |
| Garantire la corretta gestione del registro operatorio attraverso la completa implementazione della procedura informatizzata aziendale  | Report da sistema informatico  | 100,00           | 0,0   | 100,0 | 3                  |
|   |  |                  |       |       | Peso Obiettivo: 3  |
| Promuovere l'appropriatezza e la sicurezza delle cure attraverso l'adesione a linee guida, protocolli diagnostico-terapeutici e procedure operative   | % interventi chirurgici con check-list minist. per sicurezza in sala operat. correttam. utilizzata   | 100,00           | 90,0  | 100,0 | 4                  |
|   | % di interventi chirurgici con antibiotico profilassi preoperatoria                                  | 100,00           | 90,0  | 100,0 | 4                  |
|   | Definizione ed implementazione della procedura per l'impiego di antimicrobici ad alto costo          | 100,00           | 0,0   | 100,0 | 2                  |
|   | Definizione ed implementazione della procedura per l'impiego di specialità a base di albumina umana  | 100,00           | 0,0   | 100,0 | 2                  |
|   | % cartelle cliniche paz. operati con corretta compilazione scheda di monitoraggio postoperatorio.    | 100,00           | 90,0  | 100,0 | 4                  |
|   |  |                  |       |       | Peso Obiettivo: 16 |
| Promuovere l'appropriatezza prescrittiva farmacologica attraverso l'indicazione del principio attivo all'atto della dimissione  | % lettere dimissione con indicazione del principio attivo  | 100,00           | 90,0  | 100,0 | 3                  |
|   |  |                  |       |       | Peso Obiettivo: 3  |

**Totale Pesi: 100**

## Scheda B di Budget - Piano delle Risorse: Anno 2014

Dipartimento Chirurgia Specialistica- Responsabile: Dr. Filippo Balloni

### PERSONALE DIPENDENTE

| Profilo professionale     | Unità da Turn Over | Unità aggiuntive | Note         |
|---------------------------|--------------------|------------------|--------------|
| Dirigente Medico Urologia |                    | 1                | UOC Urologia |

Nel corso dell'anno 2014, la Direzione Aziendale avvierà il processo di stabilizzazione del personale con incarico a tempo determinato su posto vacante (escluso supplenze e sostituzioni) compatibilmente con i tempi di effettuazione delle procedure di reclutamento

### LPA - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE AZIENDALE

| Tipologia Attività  | Ore/settimana previste | Note |
|---|------------------------|------|
| Le ore di LPA saranno negoziate dopo la presentazione del progetto di riorganizzazione del Dipartimento |                        |      |

### CONVENZIONE SPECIALISTICA INTERNA

| Tipologia Attività   | Ore settimanali 2013 | Ore settimanali aggiuntive | Note |
|----------------------|----------------------|----------------------------|------|
| Oculistica           | 22                   |                            |      |
| Otorinolaringoiatria | 38                   |                            |      |



## Scheda B di Budget - Piano delle Risorse: Anno 2014

Dipartimento Chirurgia Specialistica- Responsabile: Dr. Filippo Balloni

### FONDI DI INVESTIMENTO PER ATTREZZATURE SANITARIE, ARREDI E TECNOLOGIA INFORMATICA

Dopo la contrazione del mutuo, le cui procedure sono in corso, la Direzione negozierà uno specifico budget economico per gli investimenti sulla base delle necessità segnalate e della compatibilità economica. Gli investimenti 2014 dovranno essere destinati, prioritariamente, all'eventuale sostituzione di apparecchiature che si renderanno non più utilizzabili e necessarie allo svolgimento delle attività e alla sicurezza degli assistiti.

### FORMAZIONE

Le attività di formazione e di aggiornamento del personale sono previste nel Piano di Formazione Aziendale 2014

Two handwritten signatures in black ink are located at the bottom right of the page. The signature on the left is larger and more stylized, while the one on the right is smaller and more compact.



USL Umbria 1

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1

**Documento di Budget - Anno 2014**

Dipartimento Medico e Oncologico

Responsabile Dr. Pasquale Parise



## NOTE VINCOLANTI AL BUDGET 2014

- Il documento di budget aziendale contrattato impegna il responsabile di struttura al puntuale rispetto di quanto sottoscritto, in base alle risorse negoziate – Non sono consentite variazioni unilaterali.
- La valutazione sul raggiungimento dei risultati viene espressa in percentuale, da un minimo di 0 ad un massimo di 100% con percentuali intermedie, in rapporto al valore di consuntivo rispetto ai valori di range fissati.
- La valutazione verrà effettuata dal Comitato di Budget, il quale dovrà esplicitare le motivazioni che hanno determinato la percentuale di raggiungimento del risultato. Al fine di standardizzare l'emissione del giudizio vengono individuate 5 categorie di esito: 0 - 25% = **Insufficiente**; 26 - 50% = **Scarso**; 51 - 75% = **Sufficiente**; 76 - 85% = **Più che sufficiente**; 86 - 100% = **Buono**.
- Salvo diverso accordo, devono essere mantenute le performance relative alle attività dovute o ai progetti precedentemente avviati.





- I dati quantitativi per la verifica del raggiungimento degli obiettivi saranno, salvo diverso accordo definito, quelli resi disponibili al **Sistema Informativo Aziendale** secondo le seguenti modalità:
1. **SISTEMA CUP** – Validazione dei piani di lavoro e tempestiva comunicazione al Back-Office, che provvederà all'aggiornamento delle prestazioni, **entro il giorno 8 del mese successivo a quello di erogazione, anche per far fronte agli obblighi previsti dal Ministero delle Finanze** (art. 50 del Decreto-Legge n. 269/ 2003 convertito, con modificazioni, in legge n. 326/2003).
  2. **SDO** – Trasmissione alle Direzioni di Stabilimento Ospedaliero delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), correttamente compilate e codificate entro 15 giorni dalla dimissione. L'inserimento dei dati nel sistema informatizzato, da parte delle Direzioni di Stabilimento Ospedaliero, dovrà terminare **entro il 20 del mese successivo la chiusura del trimestre.**
  3. **ASTER** - Registrazione delle attività **entro il giorno 10 del mese successivo la chiusura del trimestre**
  4. **ATLANTE** - Registrazione delle attività **entro il giorno 10 del mese successivo la chiusura del trimestre.**
  5. Per la rilevazione delle attività territoriali non gestite dalle procedure ASTER ed ATLANTE, restano validi i modelli cartacei "ufficiali" che dovranno essere trasmessi al Servizio Pro.C.S.I. entro il **10 del mese successivo la chiusura del trimestre.**
- Le U.O. dovranno aderire alle azioni del **Piano Qualità e Risk Management 2014**



***Il mancato rispetto di tali condizioni vincolanti determinerà una penalizzazione complessiva sul risultato che, a valutazione del Comitato di Budget, potrà raggiungere un massimo del 10%.***

- Nel caso in cui il CdR è ostacolato nel raggiungimento di un obiettivo a causa della mancata collaborazione di altri CdR, Servizi o U.O., il Responsabile di CdR dovrà prontamente comunicare tali situazioni alla Direzione Aziendale per consentire di rimuovere gli ostacoli o di sostituire/modificare l'obiettivo.
- La **prima relazione sull'andamento degli obiettivi di budget** (rilevati al 31 Marzo), con evidenziazione di eventuali criticità, andrà consegnata dai Responsabili di Macrostruttura alla Direzione Aziendale **entro il 10 Maggio**. Le richieste di variazioni di budget, opportunamente motivate, dovranno essere inviate alla Direzione Aziendale.
- La **seconda relazione sull'andamento degli obiettivi di budget** (rilevati al 30 Giugno), con evidenziazione di eventuali criticità, andrà consegnata dai Responsabili di Macrostruttura alla Direzione Aziendale **entro il 10 Agosto**. Le richieste di variazioni di budget, opportunamente motivate, dovranno essere inviate alla Direzione Aziendale.
- La **relazione finale sul grado di raggiungimento degli obiettivi di budget** andrà consegnata dai Responsabili di Macrostruttura alla Direzione Aziendale **entro il 28 Febbraio 2015**.



## Scheda A di budget negoziata

Gruppo Documento: Anno 2014  
Struttura: Dipartimento Medico e Oncologico

Responsabile: Dr. Pasquale Parise

### OBIETTIVI DI ATTIVITA'

| Obiettivo   | Indicatore   | Valore Negoziato | Range     |           | Peso |
|---|--|------------------|-----------|-----------|------|
|   |  |                  | 0%        | 100%      |      |
| Garantire i ricoveri per il trattamento di patologie indifferibili che necessitino di int. diagnostico-terapeutici urgenti, patologie acute non gestibili in ambulatorio e/o a domicilio, patologie di lunga durata non trattabili in forma extraosped. | N° dimessi per acuti in DO   | 7.000,00         | 6.770,0   | 7.000,0   | 6    |
|   | Degenza media dimessi per acuti  | 6,65             | 7,7       | 6,7       | 6    |
| Peso Obiettivo: 12  |  |                  |           |           |      |
| Garantire la disponibilità di equo accesso ai servizi attraverso la gestione dell'offerta complessiva ambulatoriale tramite il sistema CUP integrato  | % Prestazioni prenotate  | 80,00            | 60,0      | 80,0      | 3    |
|   | Revisione period. Agende di prenotaz. delle prestaz.- spec.ambulatoriale in base alla domanda e TA   | 100,00           | 0,0       | 100,0     | 3    |
| Peso Obiettivo: 6   |  |                  |           |           |      |
| Potenziare la specialistica ambulatoriale adeguando l'offerta al bisogno dell'utenza, garantendo priorità e promuovendo azioni di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, al fine di mantenere i T. A. entro i Tempi Massimi Aziendali.         | N° prestazioni equivalenti   | 622.000,00       | 450.000,0 | 622.000,0 | 5    |
|   | % prestaz. a monitoraggio con TM attesa entro i TM Aziendali e previsti per classi di priorità (RAO) | 90,00            | 50,0      | 90,0      | 6    |
| Peso Obiettivo: 11  |  |                  |           |           |      |
| Umanizzare l'assistenza attraverso il potenziamento dell'attività oncologica nell'ambito territoriale di residenza anche attraverso l'integrazione con l'AO di Perugia  | N. pazienti totali in carico (DH+ambulatorio)  | 2.600,00         | 2.400,0   | 2.600,0   | 4    |
|   | N. pazienti in trattamento con chemioterapia in carico (DH+ambulatorio)                              | 700,00           | 580,0     | 700,0     | 4    |
| Peso Obiettivo: 8   |  |                  |           |           |      |

### OBIETTIVI DI TIPO ORGANIZZATIVO

| Obiettivo   | Indicatore   | Valore Negoziato | Range |       | Peso |
|---|--|------------------|-------|-------|------|
|   |  |                  | 0%    | 100%  |      |
| Riorganizzare e razionalizzare i servizi assistenziali (DGR 970/12-L.R.18/12) allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza con la messa a regime di modelli assistenziali che promuovono la centralità del paziente e un corretto utilizzo delle risorse. | Definizione-implementaz. progetto di riconversione di PL per acuti in lungodegen/RSA a degenza breve | 100,00           | 0,0   | 100,0 | 8    |
| Peso Obiettivo: 8   |  |                  |       |       |      |

## Scheda A di budget negoziata

Gruppo Documento: Anno 2014

Struttura: Dipartimento Medico e Oncologico

Responsabile: Dr. Pasquale Parise

### OBIETTIVI DI TIPO ORGANIZZATIVO

| Obiettivo  | Indicatore                                     | Valore Negoziato | Range |       | Peso |
|--|--|------------------|-------|-------|------|
|  |  |                  | 0%    | 100%  |      |
| Migliorare l'utilizzo delle risorse umane e ottimizzare l'organizzazione dell'orario di lavoro anche attraverso la revisione dei modelli organizzativi | Rispetto del budget di straordinario assegnato | 100,00           | 0,0   | 100,0 | 5    |

Peso Obiettivo: 5

### OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO QUALITA'

| Obiettivo  | Indicatore   | Valore Negoziato | Range |       | Peso |
|--|--|------------------|-------|-------|------|
|  |  |                  | 0%    | 100%  |      |
| Migliorare qualità e sicurezza dell'assistenza dei pz. in terapia antitrombotica (TAO) attraverso adesione alle linee ministeriali in collaborazione con i Distretti | Progetto comune per la gestione e follow up dei pazienti in terapia con nuovi anticoagulanti | 100,00           | 0,0   | 100,0 | 3    |

Peso Obiettivo: 3

|  |   |              |             |             |   |
|--|---|--------------|-------------|-------------|---|
| Promuovere l'appropriatezza prescrittiva ed il corretto utilizzo delle risorse garantendo il rispetto del budget economico assegnato alla luce della Spending Review | Tetto di spesa dei beni-sanitari (comprensivo del ribaltamento aree comuni di degenza e B.O.) | 4.695.900,00 | 4.836.777,0 | 4.695.900,0 | 8 |
|--|---|--------------|-------------|-------------|---|

Peso Obiettivo: 8

|  |   |       |      |      |   |
|--|---|-------|------|------|---|
| Promuovere la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera | % Ricoveri ordinari potenzialmente inappropriati da LEA                       | 20,00 | 35,0 | 20,0 | 2 |
|  | % ricoveri ordinari medici brevi  | 20,00 | 25,0 | 20,0 | 2 |
|  | % ricoveri con DH M con finalità diagnostiche (Patto per la Salute 2010-2012) | 15,00 | 20,0 | 15,0 | 2 |
|  | % ricoveri medici oltre soglia per utenti >=65 aa_                            | 2,00  | 3,0  | 2,0  | 2 |

Peso Obiettivo: 8

|   |  |        |      |       |   |
|---|--|--------|------|-------|---|
| Promuovere cultura e prassi di Risk Management anche attraverso il miglioramento dell'informazione al paziente, la corretta compilazione della documentazione sanitaria, e l'adesione a procedure di miglioramento della qualità e gestione del rischio clinico | Definizione-implementaz. procedura Az. per gestione della C. Clinica e revisione modulistica comune  | 100,00 | 0,0  | 100,0 | 3 |
|   | Definizione-implementaz. procedura Az.le gestione consenso informato e relativo modulo multilingue   | 100,00 | 0,0  | 100,0 | 3 |
|   | Definizione-sperimentazione di scheda Az.le segnalazione spontanea degli eventi (Incident Reporting) | 100,00 | 0,0  | 100,0 | 3 |
|   | Definizione-adozione note informat. condivise per le prime 10 procedure mediche-chirurg-ostetr-gin.  | 100,00 | 0,0  | 100,0 | 2 |
|   | % cartelle cliniche con corretta compilazione del consenso informato                                 | 100,00 | 90,0 | 100,0 | 5 |

## Scheda A di budget negoziata

Gruppo Documento: Anno 2014  
Struttura: Dipartimento Medico e Oncologico

Responsabile: Dr. Pasquale Parise

### OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO QUALITA'

| Obiettivo   | Indicatore   | Valore<br>Negoziato | Range |       | Peso |
|---|--|---------------------|-------|-------|------|
|   |  |                     | 0%    | 100%  |      |
| Promuovere cultura e prassi di Risk Management anche attraverso il miglioramento dell'informazione al paziente, la corretta compilazione della documentazione sanitaria, e l'adesione a procedure di miglioramento della qualità e gestione del rischio clinico | % cartelle cliniche con corretta compilazione del diario clinico                                     | 100,00              | 90,0  | 100,0 | 5    |
| Peso Obiettivo: 21  |  |                     |       |       |      |
| Promuovere l'appropriatezza e la sicurezza delle cure attraverso l'adesione a linee guida, protocolli diagnostico-terapeutici e procedure operative   | Definizione ed implementazione della procedura per l'impiego di antimicrobici ad alto costo          | 100,00              | 0,0   | 100,0 | 2    |
|   | Definizione-implementaz procedura Az.le per la corretta prescriz-erogaz della nutrizione artificiale | 100,00              | 0,0   | 100,0 | 2    |
|   | % ricoverati di età >65 aa con scheda di valutazione del rischio cadute compilata                    | 100,00              | 90,0  | 100,0 | 3    |
| Peso Obiettivo: 7   |  |                     |       |       |      |
| Promuovere l'appropriatezza prescrittiva farmacologica attraverso l'indicazione del principio attivo all'atto della dimissione  | % lettere dimissione con indicazione del principio attivo  | 100,00              | 90,0  | 100,0 | 3    |
| Peso Obiettivo: 3   |  |                     |       |       |      |

**Totale Pesi: 100**



## Scheda B di Budget - Piano delle Risorse: Anno 2014

Dipartimento Medico e Oncologico - Responsabile: Dr. Pasquale Parise

### PERSONALE DIPENDENTE

| Profilo professionale             | Unità da Turn Over | Unità aggiuntive | Note  |
|-----------------------------------|--------------------|------------------|---|
| Dirigente Medico Medicina Interna |                    | 1                | UOC Medicina Città di Castello  |
| Dirigente Medico Oncologia        |                    | 1                | UOS Oncologia Area Sud  |
| Dirigente Medico Oncologia        |                    | 1                | UOS Oncologia Area Nord previa presentazione del progetto di riorganizzazione             |
| Dirigente Medico Medicina Interna |                    | 1                | UOC Medicina Gubbio - Gualdo Tadino previa presentazione del progetto di riorganizzazione |

Nel corso dell'anno 2014, la Direzione Aziendale avvierà il processo di stabilizzazione del personale con incarico a tempo determinato su posto vacante (escluso supplenze e sostituzioni) compatibilmente con i tempi di effettuazione delle procedure di reclutamento



## **Scheda B di Budget - Piano delle Risorse: Anno 2014**

Dipartimento Medico e Oncologico - Responsabile: Dr. Pasquale Parise

### **FONDI DI INVESTIMENTO PER ATTREZZATURE SANITARIE, ARREDI E TECNOLOGIA INFORMATICA**

Dopo la contrazione del mutuo, le cui procedure sono in corso, la Direzione negozierà uno specifico budget economico per gli investimenti sulla base delle necessità segnalate e della compatibilità economica. Gli investimenti 2014 dovranno essere destinati, prioritariamente, all'eventuale sostituzione di apparecchiature che si renderanno non più utilizzabili e necessarie allo svolgimento delle attività e alla sicurezza degli assistiti.

### **FORMAZIONE**

Le attività di formazione e di aggiornamento del personale sono previste nel Piano di Formazione Aziendale 2014





**USL**Umbria**1**

**Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1**

**Documento di Budget - Anno 2014**

**Dipartimento Medicine Specialistiche**

Responsabile Dr. Antonio Selvi





## NOTE VINCOLANTI AL BUDGET 2014

- Il documento di budget aziendale contrattato impegna il responsabile di struttura al puntuale rispetto di quanto sottoscritto, in base alle risorse negoziate – Non sono consentite variazioni unilaterali.
- La valutazione sul raggiungimento dei risultati viene espressa in percentuale, da un minimo di 0 ad un massimo di 100% con percentuali intermedie, in rapporto al valore di consuntivo rispetto ai valori di range fissati.
- La valutazione verrà effettuata dal Comitato di Budget, il quale dovrà esplicitare le motivazioni che hanno determinato la percentuale di raggiungimento del risultato. Al fine di standardizzare l'emissione del giudizio vengono individuate 5 categorie di esito: 0 - 25% = **Insufficiente**; 26 - 50% = **Scarso**; 51 - 75% = **Sufficiente**; 76 - 85% = **Più che sufficiente**; 86 - 100% = **Buono**.
- Salvo diverso accordo, devono essere **mantenute le performance relative alle attività dovute o ai progetti precedentemente avviati**.



- I dati quantitativi per la verifica del raggiungimento degli obiettivi saranno, salvo diverso accordo definito, quelli resi disponibili al **Sistema Informativo Aziendale** secondo le seguenti modalità:
1. **SISTEMA CUP** – Validazione dei piani di lavoro e tempestiva comunicazione al Back-Office, che provvederà all'aggiornamento delle prestazioni, **entro il giorno 8 del mese successivo a quello di erogazione, anche per far fronte agli obblighi previsti dal Ministero delle Finanze** (art. 50 del Decreto-Legge n. 269/ 2003 convertito, con modificazioni, in legge n. 326/2003).
  2. **SDO** – Trasmissione alle Direzioni di Stabilimento Ospedaliero delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), correttamente compilate e codificate entro 15 giorni dalla dimissione. L'inserimento dei dati nel sistema informatizzato, da parte delle Direzioni di Stabilimento Ospedaliero, dovrà terminare **entro il 20 del mese successivo la chiusura del trimestre.**
  3. **ASTER** - Registrazione delle attività **entro il giorno 10 del mese successivo la chiusura del trimestre**
  4. **ATLANTE** - Registrazione delle attività **entro il giorno 10 del mese successivo la chiusura del trimestre.**
  5. Per la rilevazione delle attività territoriali non gestite dalle procedure ASTER ed ATLANTE, restano validi i modelli cartacei "ufficiali" che dovranno essere trasmessi al Servizio Pro.C.S.I. entro il **10 del mese successivo la chiusura del trimestre.**
- Le U.O. dovranno aderire alle azioni del **Piano Qualità e Risk Management 2014**



*Il mancato rispetto di tali condizioni vincolanti determinerà una penalizzazione complessiva sul risultato che, a valutazione del Comitato di Budget, potrà raggiungere un massimo del 10%.*

- Nel caso in cui il CdR è ostacolato nel raggiungimento di un obiettivo a causa della mancata collaborazione di altri CdR, Servizi o U.O., il Responsabile di CdR dovrà prontamente comunicare tali situazioni alla Direzione Aziendale per consentire di rimuovere gli ostacoli o di sostituire/modificare l'obiettivo.
- La **prima relazione sull'andamento degli obiettivi di budget** (rilevati al 31 Marzo), con evidenziazione di eventuali criticità, andrà consegnata dai Responsabili di Macrostruttura alla Direzione Aziendale **entro il 10 Maggio**. Le richieste di variazioni di budget, opportunamente motivate, dovranno essere inviate alla Direzione Aziendale.
- La **seconda relazione sull'andamento degli obiettivi di budget** (rilevati al 30 Giugno), con evidenziazione di eventuali criticità, andrà consegnata dai Responsabili di Macrostruttura alla Direzione Aziendale **entro il 10 Agosto**. Le richieste di variazioni di budget, opportunamente motivate, dovranno essere inviate alla Direzione Aziendale.
- La **relazione finale sul grado di raggiungimento degli obiettivi di budget** andrà consegnata dai Responsabili di Macrostruttura alla Direzione Aziendale **entro il 28 Febbraio 2015**.



## Scheda A di budget negoziata

Gruppo Documento: Anno 2014  
Struttura: Dipartimento Medicine Specialistiche

Responsabile: Dr. Antonio Selvi

### OBIETTIVI DI ATTIVITA'

| Obiettivo   | Indicatore   | Valore Negoziato | Range       |             | Peso |
|---|--|------------------|-------------|-------------|------|
|   |  |                  | 0%          | 100%        |      |
| Garantire i ricoveri per il trattamento di patologie indifferibili che necessitano di int. diagnostico-terapeutici urgenti, patologie acute non gestibili in ambulatorio e/o a domicilio, patologie di lunga durata non trattabili in forma extraosped. | N° dimessi per acuti in DO   | 2.370,00         | 1.970,0     | 2.370,0     | 5    |
|   | Degenza media dimessi per acuti  | 7,20             | 8,2         | 7,2         | 5    |
| Peso Obiettivo: 10  |  |                  |             |             |      |
| Garantire la disponibilità di equo accesso ai servizi attraverso la gestione dell'offerta complessiva ambulatoriale tramite il sistema CUP integrato  | % Prestazioni prenotate  | 75,00            | 60,0        | 75,0        | 2    |
|   | Revisione period. Agende di prenotaz. delle prestaz.- spec.ambulatoriale in base alla domanda e TA   | 100,00           | 0,0         | 100,0       | 2    |
| Peso Obiettivo: 4   |  |                  |             |             |      |
| Potenziare la specialistica ambulatoriale adeguando l'offerta al bisogno dell'utenza, garantendo priorità e promuovendo azioni di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, al fine di mantenere i T. A. entro i Tempi Massimi Aziendali.         | N° prestazioni equivalenti   | 2.317.000,00     | 1.928.000,0 | 2.317.000,0 | 4    |
|   | % prestaz. a monitoraggio con TM attesa entro i TM Aziendali e previsti per classi di priorità (RAO) | 90,00            | 50,0        | 90,0        | 5    |
| Peso Obiettivo: 9   |  |                  |             |             |      |
| Potenziare l'attività di riabilitazione ospedaliera intensiva   | Tasso di utilizzo  | 85,00            | 70,0        | 85,0        | 2    |
|   | N pazienti trattati in DH  | 120,00           | 40,0        | 120,0       | 2    |
|   | N° pazienti trattati in D.O.   | 500,00           | 400,0       | 500,0       | 2    |
| Peso Obiettivo: 6   |  |                  |             |             |      |
| Umanizzare l'assistenza attraverso il potenziamento dell'attività dialitica nell'ambito territoriale di residenza   | N° pazienti dialisi seguiti in regime ambulatoriale  | 310,00           | 270,0       | 310,0       | 3    |
|   | N° pazienti seguiti in "dialisi peritoneale" domiciliare   | 36,00            | 26,0        | 36,0        | 3    |
| Peso Obiettivo: 6   |  |                  |             |             |      |

### OBIETTIVI DI TIPO ORGANIZZATIVO

| Obiettivo  | Indicatore                                     | Valore Negoziato | Range |       | Peso |
|--|--|------------------|-------|-------|------|
|  |  |                  | 0%    | 100%  |      |
| Migliorare l'utilizzo delle risorse umane e ottimizzare l'organizzazione dell'orario di lavoro anche attraverso la revisione dei modelli organizzativi | Rispetto del budget di straordinario assegnato | 100,00           | 0,0   | 100,0 | 4    |
| Peso Obiettivo: 4  |  |                  |       |       |      |

## Scheda A di budget negoziata

Gruppo Documento: Anno 2014  
Struttura: Dipartimento Medicine Specialistiche

Responsabile: Dr. Antonio Selvi

### OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO QUALITA'

| Obiettivo   | Indicatore   | Valore Negoziato | Range        |              | Peso |
|---|--|------------------|--------------|--------------|------|
|   |  |                  | 0%           | 100%         |      |
| Promuovere l'appropriatezza prescrittiva ed il corretto utilizzo delle risorse garantendo il rispetto del budget economico assegnato alla luce della Spending Review  | Tetto di spesa dei beni-sanitari (comprensivo del ribaltamento aree comuni di degenza e B.O.)        | 3.649.500,00     | 3.758.985,00 | 3.649.500,00 | 6    |
| Peso Obiettivo: 6   |  |                  |              |              |      |
| Potenziare l'attività ambulatoriale di riabilitazione cardiologica  | N° utenti presi in carico Riabilitazione Cardiologica  | 450,00           | 390,0        | 450,0        | 3    |
| Peso Obiettivo: 3   |  |                  |              |              |      |
| Garantire la qualità dell'assistenza erogata assicurando un elevato standard qualitativo dei servizi e delle strutture aziendali grazie alla loro conformità con i requisiti normativi del Sistema di accreditamento  | Richiesta di visita pre-audit per la Riabilitazione ortopedica MVT                                   | 100,00           | 0,0          | 100,0        | 3    |
|   | Richiesta di visita preaudit per la Dialisi Area Sud   | 100,00           | 0,0          | 100,0        | 3    |
|   | Avvio del percorso di accreditamento per la Dialisi Area Nord  | 100,00           | 0,0          | 100,0        | 3    |
| Peso Obiettivo: 9   |  |                  |              |              |      |
| Promuovere la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera  | % Ricoveri ordinari potenzialmente inappropriati da LEA  | 20,00            | 35,0         | 20,0         | 2    |
|   | % ricoveri ordinari medici brevi   | 20,00            | 25,0         | 20,0         | 2    |
|   | % ricoveri con DH M con finalità diagnostiche (Patto per la Salute 2010-2012)                        | 15,00            | 20,0         | 15,0         | 2    |
|   | % ricoveri medici oltre soglia per utenti >=65 aa_   | 2,00             | 3,0          | 2,0          | 2    |
| Peso Obiettivo: 8   |  |                  |              |              |      |
| Migliorare la qualità dell'assistenza dei pazienti affetti da Ictus attraverso la corretta applicazione del percorso diagnostico-terapeutico  | % pazienti ricoverati per ictus con riammissione ospedaliera entro 30 giorni                         | 5,00             | 20,0         | 5,0          | 2    |
|   | Degenza media DRG 14 e 15  | 10,00            | 12,0         | 10,0         | 2    |
| Peso Obiettivo: 4   |  |                  |              |              |      |
| Promuovere cultura e prassi di Risk Management anche attraverso il miglioramento dell'informazione al paziente, la corretta compilazione della documentazione sanitaria, e l'adesione a procedure di miglioramento della qualità e gestione del rischio clinico | Definizione-implementaz. procedura Az. per gestione della C. Clinica e revisione modulistica comune  | 100,00           | 0,0          | 100,0        | 3    |
|   | Definizione-implementaz. procedura Az.le gestione consenso informato e relativo modulo multilingue   | 100,00           | 0,0          | 100,0        | 3    |
|   | Definizione-sperimentazione di scheda Az.le segnalazione spontanea degli eventi (Incident Reporting) | 100,00           | 0,0          | 100,0        | 3    |
|   | Definizione-adozione note informat. condivise per le prime 10 procedure mediche-chirurg-ostetr-gin.  | 100,00           | 0,0          | 100,0        | 2    |
|   | % cartelle cliniche con corretta compilazione del diario clinico                                     | 100,00           | 90,0         | 100,0        | 5    |

## Scheda A di budget negoziata

Gruppo Documento: Anno 2014  
Struttura: Dipartimento Medicine Specialistiche

Responsabile: Dr. Antonio Selvi

### OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO QUALITA'

| Obiettivo   | Indicatore   | Valore Negoziato | Range |       | Peso |
|---|--|------------------|-------|-------|------|
|   |  |                  | 0%    | 100%  |      |
| Promuovere cultura e prassi di Risk Management anche attraverso il miglioramento dell'informazione al paziente, la corretta compilazione della documentazione sanitaria, e l'adesione a procedure di miglioramento della qualità e gestione del rischio clinico | % cartelle cliniche con corretta compilazione del consenso informato                                 | 100,00           | 90,0  | 100,0 | 5    |
| Peso Obiettivo: 21  |  |                  |       |       |      |
| Promuovere l'appropriatezza e la sicurezza delle cure attraverso l'adesione a linee guida, protocolli diagnostico-terapeutici e procedure operative   | Definizione ed implementazione della procedura per l'impiego di antimicrobici ad alto costo          | 100,00           | 0,0   | 100,0 | 2    |
|   | % ricoverati di età >65 aa con scheda di valutazione del rischio cadute compilata                    | 100,00           | 90,0  | 100,0 | 3    |
|   | Definizione-implementaz procedura Az.le per la corretta prescriz-erogaz della nutrizione artificiale | 100,00           | 0,0   | 100,0 | 2    |
| Peso Obiettivo: 7   |  |                  |       |       |      |
| Promuovere l'appropriatezza prescrittiva farmacologica attraverso l'indicazione del principio attivo all'atto della dimissione  | % lettere dimissione con indicazione del principio attivo  | 100,00           | 90,0  | 100,0 | 3    |
| Peso Obiettivo: 3   |  |                  |       |       |      |

**Totale Pesi: 100**

## Scheda B di Budget - Piano delle Risorse: Anno 2014

Dipartimento Medicine Specialistiche - Responsabile: Dr. Antonio Selvi

### PERSONALE DIPENDENTE

| Profilo professionale        | Unità da Turn Over | Unità aggiuntive | Note  |
|------------------------------|--------------------|------------------|---|
| Dirigente Medico Cardiologia | 1                  |                  |   |
| OSS                          |                    | 1                | per RSA e Riabilitazione Ortopedica c/o H MVT |
| Logopedista                  |                    | 1                | UOC Neurologia Area Nord                      |

Nel corso dell'anno 2014, la Direzione Aziendale avvierà il processo di stabilizzazione del personale con incarico a tempo determinato su posto vacante (escluso supplenze e sostituzioni) compatibilmente con i tempi di effettuazione delle procedure di reclutamento

### CONTRATTI LIBERO PROFESSIONALI

| Tipologia Attività | Ore/settimana previste | Note   |
|--------------------|------------------------|--|
| Medico Internista  | 28                     | UOS Cardiologia e Riabilitazione Cardiologica Area Sud |

| Tipologia Attività | Ore settimanali 2013 | Ore settimanali aggiuntive | Note   |
|--------------------|----------------------|----------------------------|--|
| Cardiologia        |                      | 12                         | Poliambulatorio Stabilimento Ospedaliero Umbertide |

### CONSULENZE SANITARIE

| Tipologia Attività              | Struttura di provenienza | note |
|---------------------------------|--------------------------|------|
| Cardiochirurgia                 | Az. Ospedaliera Perugia  |      |
| Diagnostica vascolare carotidea | Az. Ospedaliera Perugia  |      |
| Riabilitazione Urologica        | Az. Ospedaliera Perugia  |      |
| Ortopedia                       | Az. Ospedaliera Perugia  |      |



## Scheda B di Budget - Piano delle Risorse: Anno 2014

Dipartimento Medicine Specialistiche - Responsabile: Dr. Antonio Selvi

### FONDI DI INVESTIMENTO PER ATTREZZATURE SANITARIE, ARREDI E TECNOLOGIA INFORMATICA

Dopo la contrazione del mutuo, le cui procedure sono in corso, la Direzione negozierà uno specifico budget economico per gli investimenti sulla base delle necessità segnalate e della compatibilità economica. Gli investimenti 2014 dovranno essere destinati, prioritariamente, all'eventuale sostituzione di apparecchiature che si renderanno non più utilizzabili e necessarie allo svolgimento delle attività e alla sicurezza degli assistiti.

### FORMAZIONE

Le attività di formazione e di aggiornamento del personale sono previste nel Piano di Formazione Aziendale 2014

The image shows three handwritten signatures in black ink. The first signature on the left is a cursive name, possibly 'Antonio Selvi'. The second signature in the middle is also cursive and appears to be 'Antonio Selvi'. The third signature on the right is a stylized, vertical signature.



**USL**Umbria**1**

**Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1**

**Documento di Budget - Anno 2014**

**Dipartimento Materno Infantile**

**Responsabile Dr. Silvano Scarponi**

## NOTE VINCOLANTI AL BUDGET 2014

- Il documento di budget aziendale contrattato impegna il responsabile di struttura al puntuale rispetto di quanto sottoscritto, in base alle risorse negoziate – Non sono consentite variazioni unilaterali.
- La valutazione sul raggiungimento dei risultati viene espressa in percentuale, da un minimo di 0 ad un massimo di 100% con percentuali intermedie, in rapporto al valore di consuntivo rispetto ai valori di range fissati.
- La valutazione verrà effettuata dal Comitato di Budget, il quale dovrà esplicitare le motivazioni che hanno determinato la percentuale di raggiungimento del risultato. Al fine di standardizzare l'emissione del giudizio vengono individuate 5 categorie di esito: 0 - 25% = **Insufficiente**; 26 - 50% = **Scarso**; 51 - 75% = **Sufficiente**; 76 - 85% = **Più che sufficiente**; 86 - 100% = **Buono**.
- Salvo diverso accordo, devono essere **mantenute le performance relative alle attività dovute o ai progetti precedentemente avviati**.



- I dati quantitativi per la verifica del raggiungimento degli obiettivi saranno, salvo diverso accordo definito, quelli resi disponibili al **Sistema Informativo Aziendale** secondo le seguenti modalità:
1. **SISTEMA CUP** – Validazione dei piani di lavoro e tempestiva comunicazione al Back-Office, che provvederà all'aggiornamento delle prestazioni, **entro il giorno 8 del mese successivo a quello di erogazione, anche per far fronte agli obblighi previsti dal Ministero delle Finanze** (art. 50 del Decreto-Legge n. 269/ 2003 convertito, con modificazioni, in legge n. 326/2003).
  2. **SDO** – Trasmissione alle Direzioni di Stabilimento Ospedaliero delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), correttamente compilate e codificate entro 15 giorni dalla dimissione. L'inserimento dei dati nel sistema informatizzato, da parte delle Direzioni di Stabilimento Ospedaliero, dovrà terminare **entro il 20 del mese successivo la chiusura del trimestre.**
  3. **ASTER** - Registrazione delle attività **entro il giorno 10 del mese successivo la chiusura del trimestre**
  4. **ATLANTE** - Registrazione delle attività **entro il giorno 10 del mese successivo la chiusura del trimestre.**
  5. Per la rilevazione delle attività territoriali non gestite dalle procedure ASTER ed ATLANTE, restano validi i modelli cartacei "ufficiali" che dovranno essere trasmessi al Servizio Pro.C.S.I. entro il **10 del mese successivo la chiusura del trimestre.**
- Le U.O. dovranno aderire alle azioni del **Piano Qualità e Risk Management 2014**



*Il mancato rispetto di tali condizioni vincolanti determinerà una penalizzazione complessiva sul risultato che, a valutazione del Comitato di Budget, potrà raggiungere un massimo del 10%.*

- Nel caso in cui il CdR è ostacolato nel raggiungimento di un obiettivo a causa della mancata collaborazione di altri CdR, Servizi o U.O., il Responsabile di CdR dovrà prontamente comunicare tali situazioni alla Direzione Aziendale per consentire di rimuovere gli ostacoli o di sostituire/modificare l'obiettivo.
- La **prima relazione sull'andamento degli obiettivi di budget** (rilevati al 31 Marzo), con evidenziazione di eventuali criticità, andrà consegnata dai Responsabili di Macrostruttura alla Direzione Aziendale **entro il 10 Maggio**. Le richieste di variazioni di budget, opportunamente motivate, dovranno essere inviate alla Direzione Aziendale.
- La **seconda relazione sull'andamento degli obiettivi di budget** (rilevati al 30 Giugno), con evidenziazione di eventuali criticità, andrà consegnata dai Responsabili di Macrostruttura alla Direzione Aziendale **entro il 10 Agosto**. Le richieste di variazioni di budget, opportunamente motivate, dovranno essere inviate alla Direzione Aziendale.
- La **relazione finale sul grado di raggiungimento degli obiettivi di budget** andrà consegnata dai Responsabili di Macrostruttura alla Direzione Aziendale **entro il 28 Febbraio 2015**.



## Scheda A di budget negoziata

Gruppo Documento: Anno 2014  
Struttura: Dipartimento Materno Infantile

Responsabile: Dr. Silvano Scarponi

### OBIETTIVI DI ATTIVITA'

| Obiettivo   | Indicatore  | Valore Negoziato | Range     |           | Peso |
|---|---|------------------|-----------|-----------|------|
|   |   |                  | 0%        | 100%      |      |
| Migliorare l'assistenza ostetrica e pediatrica/neonatologica nel periodo perinatale, anche attraverso la riduzione dei parti cesarei e lo sviluppo di iniziative per favorire l'umanizzazione del parto   | N° Parti Totali   | 2.600,00         | 1.600,0   | 2.600,0   | 6    |
|   | % Parti cesarei   | 20,00            | 35,0      | 20,0      | 6    |
|   | % parti in analgesia  | 20,00            | 10,0      | 20,0      | 4    |
|   | % neonati dimessi con allattamento al seno  | 90,00            | 70,0      | 90,0      | 4    |
| Peso Obiettivo: 20  |   |                  |           |           |      |
| Migliorare la qualità dell'attività ginecologica sia in degenza ordinaria che in day surgery  | N° Dimessi DRG chir MDC 13 in DO  | 870,00           | 390,0     | 870,0     | 2    |
|   | % DRG medici MDC 13 in DO   | 10,00            | 15,0      | 10,0      | 2    |
|   | N° Cicli DRG chir MDC 13 in DS  | 705,00           | 395,0     | 705,0     | 2    |
|   | % Cicli DRG med MDC 13  | 5,00             | 15,0      | 5,0       | 2    |
| Peso Obiettivo: 8   |   |                  |           |           |      |
| Garantire la disponibilità di equo accesso ai servizi attraverso la gestione dell'offerta complessiva ambulatoriale tramite il sistema CUP integrato  | % Prestazioni prenotate   | 75,00            | 55,0      | 75,0      | 2    |
|   | Revisione period. Agende di prenotaz. delle prestaz. - spec.ambulatoriale in base alla domanda e TA | 100,00           | 0,0       | 100,0     | 2    |
| Peso Obiettivo: 4   |   |                  |           |           |      |
| Potenziare la specialistica ambulatoriale adeguando l'offerta al bisogno dell'utenza, garantendo priorità e promuovendo azioni di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, al fine di mantenere i T. A. entro i Tempi Massimi Aziendali. | N° prestazioni equivalenti  | 131.700,00       | 106.700,0 | 131.700,0 | 3    |
|   | Tempo medio attesa visita ginecologica  | 30,00            | 31,0      | 30,0      | 2    |
|   | Tempo medio di attesa per ecografia ostetrica   | 30,00            | 31,0      | 30,0      | 3    |
|   | Tempo medio di attesa per ecografia ginecologica  | 30,00            | 31,0      | 30,0      | 3    |
| Peso Obiettivo: 11  |   |                  |           |           |      |

### OBIETTIVI DI TIPO ORGANIZZATIVO

| Obiettivo  | Indicatore  | Valore Negoziato | Range |       | Peso |
|--|---|------------------|-------|-------|------|
|  |   |                  | 0%    | 100%  |      |
| Favorire l'integrazione Ospedale-Territorio, la presa in carico e la continuità assistenziale nel Percorso Nascita | Definizione e Implementazione del protocollo Az.le per presa in carico della gravidanza fisiologica | 100,00           | 0,0   | 100,0 | 2    |
|  | % di utilizzo della Cartella Informatizzata della gravidanza  | 90,00            | 70,0  | 90,0  | 2    |
| Peso Obiettivo: 4  |   |                  |       |       |      |

## Scheda A di budget negoziata

Gruppo Documento: Anno 2014  
Struttura: Dipartimento Materno Infantile

Responsabile: Dr. Silvano Scarponi

### OBIETTIVI DI TIPO ORGANIZZATIVO

| Obiettivo  | Indicatore                                     | Valore Negoziato | Range |       | Peso |
|--|--|------------------|-------|-------|------|
|  |  |                  | 0%    | 100%  |      |
| Migliorare l'utilizzo delle risorse umane e ottimizzare l'organizzazione dell'orario di lavoro anche attraverso la revisione dei modelli organizzativi | Rispetto del budget di straordinario assegnato | 100,00           | 0,0   | 100,0 | 4    |

Peso Obiettivo: 4

### OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO QUALITA'

| Obiettivo  | Indicatore  | Valore Negoziato | Range       |             | Peso |
|--|---|------------------|-------------|-------------|------|
|  |   |                  | 0%          | 100%        |      |
| Promuovere l'appropriatezza prescrittiva ed il corretto utilizzo delle risorse garantendo il rispetto del budget economico assegnato alla luce della Spending Review | Tetto di spesa dei beni-sanitari (comprensivo del ribaltamento aree comuni di degenza e B.O.) | 1.134.700,00     | 1.168.741,0 | 1.134.700,0 | 6    |

Peso Obiettivo: 6

|  |  |      |     |     |   |
|--|--|------|-----|-----|---|
| Migliorare le cure in età pediatrica anche attraverso la riduzione dei ricoveri inappropriati e lo sviluppo di modelli assistenziali alternativi come l'Osservazione Breve | % riduzione ricoveri 2014 pz. in età pediatrica rispetto al 2013 | 4,00 | 3,0 | 4,0 | 3 |
|--|--|------|-----|-----|---|

Peso Obiettivo: 3

|  |   |       |      |      |   |
|--|---|-------|------|------|---|
| Promuovere la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza ospedaliera | % Ricoveri ordinari potenzialmente inappropriati da LEA                       | 20,00 | 35,0 | 20,0 | 2 |
|  | % ricoveri ordinari medici brevi  | 20,00 | 25,0 | 20,0 | 2 |
|  | % ricoveri con DH M con finalità diagnostiche (Patto per la Salute 2010-2012) | 15,00 | 20,0 | 15,0 | 2 |

Peso Obiettivo: 6

|   |  |        |      |       |   |
|---|--|--------|------|-------|---|
| Promuovere cultura e prassi di Risk Management anche attraverso il miglioramento dell'informazione al paziente, la corretta compilazione della documentazione sanitaria, e l'adesione a procedure di miglioramento della qualità e gestione del rischio clinico | Definizione-implementaz. procedura Az. per gestione della C. Clinica e revisione modulistica comune  | 100,00 | 0,0  | 100,0 | 2 |
|   | Definizione-implementaz. procedura Az.le gestione consenso informato e relativo modulo multilingue   | 100,00 | 0,0  | 100,0 | 1 |
|   | Definizione-adozione note informat. condivise per le prime 10 procedure mediche-chirurg-ostetr-gin.  | 100,00 | 0,0  | 100,0 | 1 |
|   | Definizione-sperimentazione di scheda Az.le segnalazione spontanea degli eventi (Incident Reporting) | 100,00 | 0,0  | 100,0 | 2 |
|   | % cartelle cliniche con corretta compilazione del consenso informato                                 | 100,00 | 90,0 | 100,0 | 3 |
|   | % cartelle cliniche con corretta compilazione del diario clinico                                     | 100,00 | 90,0 | 100,0 | 3 |

rpt n.11032 del 26/02/2014

Pag.2 di 3

## Scheda A di budget negoziata

Gruppo Documento: Anno 2014  
Struttura: Dipartimento Materno Infantile

Responsabile: Dr. Silvano Scarponi

### OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO QUALITA'

| Obiettivo   | Indicatore                         | Valore Negoziato | Range |       | Peso |
|---|------------------------------------|------------------|-------|-------|------|
|   |                                    |                  | 0%    | 100%  |      |
| Promuovere cultura e prassi di Risk Management anche attraverso il miglioramento dell'informazione al paziente, la corretta compilazione della documentazione sanitaria, e l'adesione a procedure di miglioramento della qualità e gestione del rischio clinico | % parti monitorati con partogramma | 100,00           | 90,0  | 100,0 | 3    |

Peso Obiettivo: 15

|   |  |        |      |       |   |
|---|--|--------|------|-------|---|
| Promuovere l'appropriatezza e la sicurezza delle cure attraverso l'adesione a linee guida, protocolli diagnostico-terapeutici e procedure operative | Definizione e Implementazione del protocollo aziendale per la gestione del travaglio di parto      | 100,00 | 0,0  | 100,0 | 2 |
|   | Definizione e implementazione del protocollo aziendale per la gestione della parto-analgesia       | 100,00 | 0,0  | 100,0 | 2 |
|   | Implementazione della procedura Aziendale per la gestione della donazione del cordone ombelicale   | 100,00 | 0,0  | 100,0 | 2 |
|   | % parti con scheda per la definizione del profilo di rischio in gravidanza in cartella clinica     | 100,00 | 90,0 | 100,0 | 3 |
|   | % di schede di monitoraggio post-partum compilate  | 100,00 | 90,0 | 100,0 | 3 |
|   | % interventi chirurgici con check-list minist. per sicurezza in sala operat. correttam. utilizzata | 100,00 | 90,0 | 100,0 | 2 |
|   | % di interventi chirurgici con antibiotico profilassi preoperatoria                                | 100,00 | 90,0 | 100,0 | 2 |
|   | % cartelle cliniche paz. operati con corretta compilazione scheda di monitoraggio postoperatorio.  | 100,00 | 90,0 | 100,0 | 3 |

Peso Obiettivo: 19

**Totale Pesi: 100**



## Scheda B di Budget - Piano delle Risorse: Anno 2014

Dipartimento Materno Infantile - Responsabile: Dr. Silvano Scarponi

### PERSONALE DIPENDENTE

| Profilo professionale | Unità da Turn Over | Unità aggiuntive | Note                                |
|-----------------------|--------------------|------------------|-------------------------------------|
| Dirigente Medico      | 1                  |                  | UOC Ostetricia e Ginecologia M.V.T. |
|                       |                    |                  |                                     |

Nel corso dell'anno 2014, la Direzione Aziendale avvierà il processo di stabilizzazione del personale con incarico a tempo determinato su posto vacante (escluso supplenze e sostituzioni) compatibilmente con i tempi di effettuazione delle procedure di reclutamento


## Scheda B di Budget - Piano delle Risorse: Anno 2014

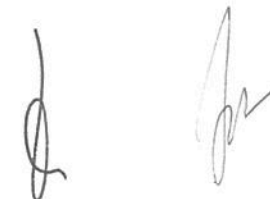
Dipartimento Materno Infantile - Responsabile: Dr. Silvano Scarponi

### FONDI DI INVESTIMENTO PER ATTREZZATURE SANITARIE, ARREDI E TECNOLOGIA INFORMATICA

Dopo la contrazione del mutuo, le cui procedure sono in corso, la Direzione negozierà uno specifico budget economico per gli investimenti sulla base delle necessità segnalate e della compatibilità economica. Gli investimenti 2014 dovranno essere destinati, prioritariamente, all'eventuale sostituzione di apparecchiature che si renderanno non più utilizzabili e necessarie allo svolgimento delle attività e alla sicurezza degli assistiti.

### FORMAZIONE

Le attività di formazione e di aggiornamento del personale sono previste nel Piano di Formazione Aziendale 2014





**USL**Umbria**1**

**Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1**

**Documento di Budget - Anno 2014**

Dipartimento dei Servizi

Responsabile Dr. Valter Papa



## NOTE VINCOLANTI AL BUDGET 2014

- **Il documento di budget aziendale contrattato impegna il responsabile di struttura al puntuale rispetto di quanto sottoscritto, in base alle risorse negoziate – Non sono consentite variazioni unilaterali.**
- **La valutazione sul raggiungimento dei risultati** viene espressa in percentuale, da un **minimo di 0 ad un massimo di 100% con percentuali intermedie**, in rapporto al valore di consuntivo rispetto ai valori di range fissati.
- La valutazione verrà effettuata dal Comitato di Budget, il quale dovrà esplicitare le motivazioni che hanno determinato la percentuale di raggiungimento del risultato. Al fine di standardizzare l'emissione del giudizio vengono individuate 5 categorie di esito: **0 - 25% = Insufficiente; 26 - 50% = Scarso; 51 - 75% = Sufficiente; 76 - 85% = Più che sufficiente; 86 - 100% = Buono.**
- Salvo diverso accordo, devono essere **mantenute le performance relative alle attività dovute o ai progetti precedentemente avviati.**



- I dati quantitativi per la verifica del raggiungimento degli obiettivi saranno, salvo diverso accordo definito, quelli resi disponibili al **Sistema Informativo Aziendale** secondo le seguenti modalità:
1. **SISTEMA CUP** – Validazione dei piani di lavoro e tempestiva comunicazione al Back-Office, che provvederà all'aggiornamento delle prestazioni, **entro il giorno 8 del mese successivo a quello di erogazione, anche per far fronte agli obblighi previsti dal Ministero delle Finanze** (art. 50 del Decreto-Legge n. 269/ 2003 convertito, con modificazioni, in legge n. 326/2003).
  2. **SDO** – Trasmissione alle Direzioni di Stabilimento Ospedaliero delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), correttamente compilate e codificate entro 15 giorni dalla dimissione. L'inserimento dei dati nel sistema informatizzato, da parte delle Direzioni di Stabilimento Ospedaliero, dovrà terminare **entro il 20 del mese successivo la chiusura del trimestre.**
  3. **ASTER** - Registrazione delle attività **entro il giorno 10 del mese successivo la chiusura del trimestre**
  4. **ATLANTE** - Registrazione delle attività **entro il giorno 10 del mese successivo la chiusura del trimestre.**
  5. Per la rilevazione delle attività territoriali non gestite dalle procedure ASTER ed ATLANTE, restano validi i modelli cartacei "ufficiali" che dovranno essere trasmessi al Servizio Pro.C.S.I. entro il **10 del mese successivo la chiusura del trimestre.**
- Le U.O. dovranno aderire alle azioni del **Piano Qualità e Risk Management 2014**



*Il mancato rispetto di tali condizioni vincolanti determinerà una penalizzazione complessiva sul risultato che, a valutazione del Comitato di Budget, potrà raggiungere un massimo del 10%.*

- Nel caso in cui il CdR è ostacolato nel raggiungimento di un obiettivo a causa della mancata collaborazione di altri CdR, Servizi o U.O., il Responsabile di CdR dovrà prontamente comunicare tali situazioni alla Direzione Aziendale per consentire di rimuovere gli ostacoli o di sostituire/modificare l'obiettivo.
- La **prima relazione sull'andamento degli obiettivi di budget** (rilevati al 31 Marzo), con evidenziazione di eventuali criticità, andrà consegnata dai Responsabili di Macrostruttura alla Direzione Aziendale **entro il 10 Maggio**. Le richieste di variazioni di budget, opportunamente motivate, dovranno essere inviate alla Direzione Aziendale.
- La **seconda relazione sull'andamento degli obiettivi di budget** (rilevati al 30 Giugno), con evidenziazione di eventuali criticità, andrà consegnata dai Responsabili di Macrostruttura alla Direzione Aziendale **entro il 10 Agosto**. Le richieste di variazioni di budget, opportunamente motivate, dovranno essere inviate alla Direzione Aziendale.
- La **relazione finale sul grado di raggiungimento degli obiettivi di budget** andrà consegnata dai Responsabili di Macrostruttura alla Direzione Aziendale **entro il 28 Febbraio 2015**.



## Scheda A di budget negoziata

Gruppo Documento: Anno 2014  
Struttura: Dipartimento dei Servizi

Responsabile: Dr. Valter Papa

### OBIETTIVI DI ATTIVITA'

| Obiettivo   | Indicatore   | Valore Negoziato | Range        |              | Peso |
|---|--|------------------|--------------|--------------|------|
|   |  |                  | 0%           | 100%         |      |
| Assicurare un'adeguata offerta di prestazioni diagnostiche per pazienti ricoverati, per utenti ambulatoriali e per utenti del Pronto Soccorso   | N° prestazioni equivalenti totali di diagnostica per immagini  | 3.055.000,00     | 2.345.000,00 | 3.055.000,00 | 7    |
|   | N° prestazioni equivalenti totali di diagnostica di laboratorio                                      | 4.325.000,00     | 2.780.000,00 | 4.325.000,00 | 7    |
| Peso Obiettivo: 14  |  |                  |              |              |      |
| Garantire la disponibilità di equo accesso ai servizi attraverso la gestione dell'offerta complessiva ambulatoriale tramite il sistema CUP integrato  | % Prestazioni prenotate  | 80,00            | 60,0         | 80,0         | 3    |
|   | Revisione period. Agende di prenotaz. delle prestaz.- spec.ambulatoriale in base alla domanda e TA   | 100,00           | 0,0          | 100,0        | 2    |
| Peso Obiettivo: 5   |  |                  |              |              |      |
| Potenziare la specialistica ambulatoriale adeguando l'offerta al bisogno dell'utenza, garantendo priorità e promuovendo azioni di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, al fine di mantenere i T. A. entro i Tempi Massimi Aziendali. | Tempo medio di attesa per visita radioterapica   | 7,00             | 10,0         | 7,0          | 4    |
|   | % prestaz. a monitoraggio con TM attesa entro i TM Aziendali e previsti per classi di priorità (RAO) | 90,00            | 50,0         | 90,0         | 5    |
| Peso Obiettivo: 9   |  |                  |              |              |      |
| Consolidare le attività di anatomia patologica attraverso il mantenimento di standard prestazionali anche al fine di assicurare la tempestività della fase diagnostica  | % di esami anatomopatologici refertati entro 20 gg dall'accettazione                                 | 85,00            | 75,0         | 85,0         | 4    |
| Peso Obiettivo: 4   |  |                  |              |              |      |
| Consolidare le attività di screening per la prevenzione dei tumori, anche attraverso il mantenimento di standard prestazionali  | % esami colpocitologici da screening refertati entro 21 gg dall'accettazione                         | 90,00            | 75,0         | 90,0         | 4    |
| Peso Obiettivo: 4   |  |                  |              |              |      |
| Consolidare le attività di screening per la prevenzione dei tumori  | % adesione screening mammografico  | 70,00            | 50,0         | 70,0         | 5    |
| Peso Obiettivo: 5   |  |                  |              |              |      |

### OBIETTIVI DI TIPO ORGANIZZATIVO

| Obiettivo   | Indicatore  | Valore Negoziato | Range |      | Peso |
|---|---|------------------|-------|------|------|
|   |   |                  | 0%    | 100% |      |
| Migliorare l'accessibilità alle prestazioni specialistiche per pazienti ricoverati per ridurre la quota di giornate di degenza improprie attraverso accordi tra Radiologie e UU.OO. di degenza per l'attivazione di agende dedicate | Tempo medio di attesa (in gg) Ecografia per ricoverati in degenza ordinaria | 2,00             | 4,0   | 2,0  | 4    |



## Scheda A di budget negoziata

Gruppo Documento: Anno 2014  
Struttura: Dipartimento dei Servizi

Responsabile: Dr. Valter Papa

### OBIETTIVI DI TIPO ORGANIZZATIVO

| Obiettivo   | Indicatore  | Valore Negoziato | Range |       | Peso               |
|---|---|------------------|-------|-------|--------------------|
|   |   |                  | 0%    | 100%  |                    |
| Migliorare l'accessibilità alle prestazioni specialistiche per pazienti ricoverati per ridurre la quota di giornate di degenza improprie attraverso accordi tra Radiologie e UU.OO. di degenza per l'attivazione di agende dedicate | Tempo medio di attesa (in gg) Rx tradizionale per ricoverati in degenza ordinaria             | 1,00             | 3,0   | 1,0   | 4                  |
|   | Tempo medio di attesa (in gg) TC per ricoverati in degenza ordinaria                          | 2,00             | 4,0   | 2,0   | 4                  |
|   | Messa a regime del modulo RIS per la prenotazione da reparto delle prestazioni di diagnostica | 100,00           | 0,0   | 100,0 | 3                  |
|   |   |                  |       |       | Peso Obiettivo: 15 |
| Razionalizzare la richiesta delle prestazioni diagnostiche da reparto e da PS attraverso la messa a regime del collegamento RIS - PS-NET e RIS - ADT anche al fine di allineare le banche dati dei sistemi                          | % scostamento anagrafiche RIS e ADT   | 10,00            | 30,0  | 10,0  | 3                  |
|   | % scostamento dati RIS e PS-NET   | 10,00            | 30,0  | 10,0  | 3                  |
|   |   |                  |       |       | Peso Obiettivo: 6  |
| Migliorare i sistemi di programmazione e controllo delle attività, nonché la comunicazione tra servizi attraverso l'integrazione dei sistemi gestionali informatizzati  | Unificazione del sistema gestionale di laboratorio LIS entro 1° semestre                      | 300,00           | 0,0   | 300,0 | 5                  |
|   |   |                  |       |       | Peso Obiettivo: 5  |
| Migliorare l'utilizzo delle risorse umane e ottimizzare l'organizzazione dell'orario di lavoro anche attraverso la revisione dei modelli organizzativi  | Rispetto del budget di straordinario assegnato  | 100,00           | 0,0   | 100,0 | 8                  |
|   |   |                  |       |       | Peso Obiettivo: 8  |

### OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO QUALITA'

| Obiettivo  | Indicatore  | Valore Negoziato | Range       |             | Peso              |
|--|---|------------------|-------------|-------------|-------------------|
|  |   |                  | 0%          | 100%        |                   |
| Promuovere l'appropriatezza prescrittiva ed il corretto utilizzo delle risorse garantendo il rispetto del budget economico assegnato alla luce della Spending Review | Tetto di spesa dei beni-sanitari (comprensivo del ribaltamento aree comuni di degenza e B.O.) | 4.772.600,00     | 4.915.778,0 | 4.772.600,0 | 8                 |
|  |   |                  |             |             | Peso Obiettivo: 8 |
| Migliorare la qualità tecnica delle prestazioni di laboratorio erogate   | Tenuta archivio VEQ e relazione semestrale sui controlli di qualità effettuati                | 100,00           | 0,0         | 100,0       | 3                 |
|  |   |                  |             |             | Peso Obiettivo: 3 |

## Scheda A di budget negoziata

Gruppo Documento: Anno 2014  
Struttura: Dipartimento dei Servizi

Responsabile: Dr. Valter Papa

### OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO QUALITA'

| Obiettivo   | Indicatore   | Valore Negoziato | Range |       | Peso |
|---|--|------------------|-------|-------|------|
|   |  |                  | 0%    | 100%  |      |
| Garantire la qualità dell'assistenza erogata assicurando un elevato standard qualitativo dei servizi e delle strutture aziendali grazie alla loro conformità con i requisiti normativi del Sistema di accreditamento  | Richiesta di visita preaudit per la Senologia e Radioterapia di Città di Castello e Gubbio/Gualdo    | 100,00           | 0,0   | 100,0 | 3    |
|   | N° riesami della direzione effettuati dalle strutture accreditate                                    | 8,00             | 0,0   | 8,0   | 3    |
| Peso Obiettivo: 6   |  |                  |       |       |      |
| Promuovere cultura e prassi di Risk Management anche attraverso il miglioramento dell'informazione al paziente, la corretta compilazione della documentazione sanitaria, e l'adesione a procedure di miglioramento della qualità e gestione del rischio clinico | Definizione-sperimentazione di scheda Az.le segnalazione spontanea degli eventi (Incident Reporting) | 100,00           | 0,0   | 100,0 | 2    |
|   | Definizione-implementaz. procedura Az.le gestione consenso informato e relativo modulo multilingue   | 100,00           | 0,0   | 100,0 | 2    |
|   | % consensi infor. in cart. clinica di ricoverati sottoposti a procedure diagn. radiol. soggette a CI | 90,00            | 60,0  | 90,0  | 4    |
| Peso Obiettivo: 8   |  |                  |       |       |      |

**Totale Pesì: 100**

## Scheda B di Budget - Piano delle Risorse: Anno 2014

Dipartimento dei Servizi- Responsabile: Dr. Valter Papa

### PERSONALE DIPENDENTE

| Profilo professionale               | Unità da Turn Over | Unità aggiuntive | Note                                       |
|-------------------------------------|--------------------|------------------|--|
| Dirigente Medico Radiologia         | 1                  |                  | UOC Diagnostica per Immagini Alto Chiascio |
| Dirigente Medico Radiologia         |                    | 1                | UOS Diagnostica per Immagini MVT           |
| Dirigente Medico Radiologia         |                    | 1                | UOS Diagnostica per Immagini Trasimeno     |
| Dirigente Biologo                   | 1                  |                  | UOC Patologia Clinica Area Sud             |
| Tecnico Sanitario Radiologia Medica | 1                  |                  | UOC Diagnostica per Immagini Alto Tevere   |
| Tecnico Sanitario Laboratorio       | 1                  |                  | UOC Patologia Clinica Area Sud             |

Nel corso dell'anno 2014, la Direzione Aziendale avvierà il processo di stabilizzazione del personale con incarico a tempo determinato su posto vacante (escluso supplenze e sostituzioni) compatibilmente con i tempi di effettuazione delle procedure di reclutamento

### LPA - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE AZIENDALE

| Tipologia Attività  | Ore/settimana previste | Note |
|---|------------------------|------|
| Le ore di LPA saranno negoziate dopo la presentazione del progetto di riorganizzazione del Dipartimento |                        |      |



## Scheda B di Budget - Piano delle Risorse: Anno 2014

Dipartimento dei Servizi- Responsabile: Dr. Valter Papa

### CONVENZIONE SPECIALISTICA INTERNA

| Tipologia Attività | Ore settimanali 2013 | Ore settimanali aggiuntive | Note |
|--------------------|----------------------|----------------------------|------|
| Radioterapia       | 6                    |                            |      |
| Biologo            | 3,5                  |                            |      |
| Radiologia         | 75                   |                            |      |

### CONSULENZE SANITARIE

| Tipologia Attività                     | Struttura di provenienza | note |
|--|--------------------------|------|
| Neuroradiologia TC                     | Az. Ospedaliera Perugia  |      |
| Neuroradiologia RM                     | Az. Ospedaliera Perugia  |      |
| Anatomia Patologica (isto/cito)        | Az. Ospedaliera Perugia  |      |
| Radiologia Interventistica e Vascolare | Az. Ospedaliera Perugia  |      |



## Scheda B di Budget - Piano delle Risorse: Anno 2014

Dipartimento dei Servizi- Responsabile: Dr. Valter Papa

### FONDI DI INVESTIMENTO PER ATTREZZATURE SANITARIE, ARREDI E TECNOLOGIA INFORMATICA

Dopo la contrazione del mutuo, le cui procedure sono in corso, la Direzione negozierà uno specifico budget economico per gli investimenti sulla base delle necessità segnalate e della compatibilità economica. Gli investimenti 2014 dovranno essere destinati, prioritariamente, all'eventuale sostituzione di apparecchiature che si renderanno non più utilizzabili e necessarie allo svolgimento delle attività e alla sicurezza degli assistiti.

### FORMAZIONE

Le attività di formazione e di aggiornamento del personale sono previste nel Piano di Formazione Aziendale 2014

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized first letter and a surname, located in the lower right quadrant of the page.

The logo for USL Umbria 1, featuring a red silhouette of the Umbria region above the text "USL Umbria 1".

**USL Umbria 1**

**Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1**

**Documento di Budget - Anno 2014**

Dipartimento di Emergenza e Accettazione

Responsabile Dr. Sergio Cozzari



## NOTE VINCOLANTI AL BUDGET 2014

- Il documento di budget aziendale contrattato impegna il responsabile di struttura al puntuale rispetto di quanto sottoscritto, in base alle risorse negoziate – Non sono consentite variazioni unilaterali.
- La valutazione sul raggiungimento dei risultati viene espressa in percentuale, da un minimo di 0 ad un massimo di 100% con percentuali intermedie, in rapporto al valore di consuntivo rispetto ai valori di range fissati.
- La valutazione verrà effettuata dal Comitato di Budget, il quale dovrà esplicitare le motivazioni che hanno determinato la percentuale di raggiungimento del risultato. Al fine di standardizzare l'emissione del giudizio vengono individuate 5 categorie di esito: 0 - 25% = **Insufficiente**; 26 - 50% = **Scarso**; 51 - 75% = **Sufficiente**; 76 - 85% = **Più che sufficiente**; 86 - 100% = **Buono**.
- Salvo diverso accordo, devono essere mantenute le performance relative alle attività dovute o ai progetti precedentemente avviati.





- I dati quantitativi per la verifica del raggiungimento degli obiettivi saranno, salvo diverso accordo definito, quelli resi disponibili al **Sistema Informativo Aziendale** secondo le seguenti modalità:
1. **SISTEMA CUP** – Validazione dei piani di lavoro e tempestiva comunicazione al Back-Office, che provvederà all'aggiornamento delle prestazioni, **entro il giorno 8 del mese successivo a quello di erogazione, anche per far fronte agli obblighi previsti dal Ministero delle Finanze** (art. 50 del Decreto-Legge n. 269/ 2003 convertito, con modificazioni, in legge n. 326/2003).
  2. **SDO** – Trasmissione alle Direzioni di Stabilimento Ospedaliero delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), correttamente compilate e codificate entro 15 giorni dalla dimissione. L'inserimento dei dati nel sistema informatizzato, da parte delle Direzioni di Stabilimento Ospedaliero, dovrà terminare **entro il 20 del mese successivo la chiusura del trimestre.**
  3. **ASTER** - Registrazione delle attività **entro il giorno 10 del mese successivo la chiusura del trimestre**
  4. **ATLANTE** - Registrazione delle attività **entro il giorno 10 del mese successivo la chiusura del trimestre.**
  5. Per la rilevazione delle attività territoriali non gestite dalle procedure ASTER ed ATLANTE, restano validi i modelli cartacei "ufficiali" che dovranno essere trasmessi al Servizio Pro.C.S.I. entro il **10 del mese successivo la chiusura del trimestre.**
- Le U.O. dovranno aderire alle azioni del **Piano Qualità e Risk Management 2014**

*Il mancato rispetto di tali condizioni vincolanti determinerà una penalizzazione complessiva sul risultato che, a valutazione del Comitato di Budget, potrà raggiungere un massimo del 10%.*

- Nel caso in cui il CdR è ostacolato nel raggiungimento di un obiettivo a causa della mancata collaborazione di altri CdR, Servizi o U.O., il Responsabile di CdR dovrà prontamente comunicare tali situazioni alla Direzione Aziendale per consentire di rimuovere gli ostacoli o di sostituire/modificare l'obiettivo.
- La **prima relazione sull'andamento degli obiettivi di budget** (rilevati al 31 Marzo), con evidenziazione di eventuali criticità, andrà consegnata dai Responsabili di Macrostruttura alla Direzione Aziendale **entro il 10 Maggio**. Le richieste di variazioni di budget, opportunamente motivate, dovranno essere inviate alla Direzione Aziendale.
- La **seconda relazione sull'andamento degli obiettivi di budget** (rilevati al 30 Giugno), con evidenziazione di eventuali criticità, andrà consegnata dai Responsabili di Macrostruttura alla Direzione Aziendale **entro il 10 Agosto**. Le richieste di variazioni di budget, opportunamente motivate, dovranno essere inviate alla Direzione Aziendale.
- La **relazione finale sul grado di raggiungimento degli obiettivi di budget** andrà consegnata dai Responsabili di Macrostruttura alla Direzione Aziendale **entro il 28 Febbraio 2015**.



## Scheda A di budget negoziata

Gruppo Documento: Anno 2014  
Struttura: Dipartimento di Emergenza e Accettazione

Responsabile: Dr. Sergio Cozzari

### OBIETTIVI DI ATTIVITA'

| Obiettivo  | Indicatore   | Valore Negoziato | Range   |         | Peso |
|--|--|------------------|---------|---------|------|
|  |  |                  | 0%      | 100%    |      |
| Garantire il miglioramento qualitativo dell'offerta chirurgica razionalizzando l'uso delle sale operatorie attraverso una corretta programmazione degli interventi ed il potenziamento dell'attività ambulatoriale anestesiológica | N° turni annuali di sala operatoria per la chirurgia programmata congruenti con le liste di attesa | 4.480,00         | 4.030,0 | 4.480,0 | 8    |
| Peso Obiettivo: 8  |  |                  |         |         |      |
| Migliorare l'assistenza ostetrica e pediatrica/neonatologica nel periodo perinatale, anche attraverso la riduzione dei parti cesarei e lo sviluppo di iniziative per favorire l'umanizzazione del parto                            | % parti in analgesia   | 30,00            | 20,0    | 30,0    | 4    |
|  | N° Parti in analgesia  | 350,00           | 160,0   | 350,0   | 3    |
| Peso Obiettivo: 7  |  |                  |         |         |      |
| Migliorare il ricorso all'assistenza ospedaliera attraverso la qualificazione dell'attività di accettazione sanitaria e dell'attività di Osservazione Breve e prima diagnostica (O.B.)   | % pazienti PS non ricoverati   | 85,00            | 75,0    | 85,0    | 5    |
|  | % casi trasferiti ad altro Istituto entro 48 h   | 10,00            | 20,0    | 10,0    | 4    |
|  | % O.B. su totale accessi   | 10,00            | 5,0     | 10,0    | 5    |
|  | % utenti seguiti in O.B. non ricoverati  | 85,00            | 75,0    | 85,0    | 5    |
| Peso Obiettivo: 19   |  |                  |         |         |      |

### OBIETTIVI DI TIPO ORGANIZZATIVO

| Obiettivo  | Indicatore                                     | Valore Negoziato | Range |       | Peso |
|--|--|------------------|-------|-------|------|
|  |  |                  | 0%    | 100%  |      |
| Razionalizzare la richiesta delle prestazioni diagnostiche da reparto e da PS attraverso la messa a regime del collegamento RIS - PS-NET e RIS - ADT anche al fine di allineare le banche dati dei sistemi | % scostamento dati RIS e PS-NET                | 10,00            | 30,0  | 10,0  | 3    |
| Peso Obiettivo: 3  |  |                  |       |       |      |
| Migliorare l'utilizzo delle risorse umane e ottimizzare l'organizzazione dell'orario di lavoro anche attraverso la revisione dei modelli organizzativi   | Rispetto del budget di straordinario assegnato | 100,00           | 0,0   | 100,0 | 5    |
| Peso Obiettivo: 5  |  |                  |       |       |      |




## Scheda A di budget negoziata

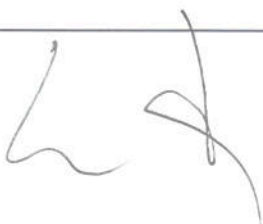
Gruppo Documento: Anno 2014

Struttura: Dipartimento di Emergenza e Accettazione

Responsabile: Dr. Sergio Cozzari

### OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO QUALITA'

| Obiettivo   | Indicatore   | Valore Negoziato | Range     |           | Peso |
|---|--|------------------|-----------|-----------|------|
|   |  |                  | 0%        | 100%      |      |
| Promuovere l'appropriatezza prescrittiva ed il corretto utilizzo delle risorse garantendo il rispetto del budget economico assegnato alla luce della Spending Review  | Tetto di spesa dei beni-sanitari (comprensivo del ribaltamento aree comuni di degenza e B.O.)        | 919.800,00       | 947.394,0 | 919.800,0 | 6    |
|   | Peso Obiettivo: 6  |                  |           |           |      |
| Migliorare la qualità dell'assistenza attraverso l'adesione al progetto "Ospedale senza dolore", anche sensibilizzando gli operatori sulla valutazione e controllo del dolore, orientata alla cura del malato piuttosto che della sola malattia                 | Definizione-Implementazi. della procedura per la gestione del dolore nell'area clinica di competenza | 100,00           | 0,0       | 100,0     | 2    |
|   | n° prestazioni antalgiche ambulatoriali  | 4.150,00         | 3.100,0   | 4.150,0   | 2    |
| Peso Obiettivo: 4   |  |                  |           |           |      |
| Promuovere cultura e prassi di Risk Management anche attraverso il miglioramento dell'informazione al paziente, la corretta compilazione della documentazione sanitaria, e l'adesione a procedure di miglioramento della qualità e gestione del rischio clinico | Definizione-implementaz. procedura Az. per gestione della C. Clinica e revisione modulistica comune  | 100,00           | 0,0       | 100,0     | 3    |
|   | Definizione-implementaz. procedura Az.le gestione consenso informato e relativo modulo multilingue   | 100,00           | 0,0       | 100,0     | 3    |
|   | Definizione-sperimentazione di scheda Az.le segnalazione spontanea degli eventi (Incident Reporting) | 100,00           | 0,0       | 100,0     | 2    |
|   | % di cartelle cliniche paz. operati con scheda di prescrizione anestesiol. postoperatoria compilata  | 100,00           | 90,0      | 100,0     | 5    |
|   | % di verbali anestesiol. correttamente informatizzati  | 100,00           | 90,0      | 100,0     | 5    |
| Peso Obiettivo: 18  |  |                  |           |           |      |
| Garantire la corretta gestione del registro operatorio attraverso la completa implementazione della procedura informatizzata aziendale  | Report da sistema informatico  | 100,00           | 0,0       | 100,0     | 5    |
| Peso Obiettivo: 5   |  |                  |           |           |      |
| Promuovere l'appropriatezza e la sicurezza delle cure attraverso l'adesione a linee guida, protocolli diagnostico-terapeutici e procedure operative   | % interventi chirurgici con check-list minist. per sicurezza in sala operat. correttam. utilizzata   | 100,00           | 90,0      | 100,0     | 5    |
|   | % cartelle cliniche paz. operati con corretta compilazione scheda di monitoraggio postoperatorio.    | 100,00           | 90,0      | 100,0     | 5    |
|   | Definizione-implement. percorso diagn-terap per dolore toracico nei PS con valutazione tramite audit | 100,00           | 0,0       | 100,0     | 3    |
|   | Predisposizione ed attuazione del regolamento per il corretto funzionamento della O.B                | 100,00           | 0,0       | 100,0     | 3    |
|   | Definizione e implementazione del protocollo aziendale per la gestione della parto-analgesia         | 100,00           | 0,0       | 100,0     | 3    |



## Scheda A di budget negoziata

Gruppo Documento: Anno 2014  
Struttura: Dipartimento di Emergenza e Accettazione

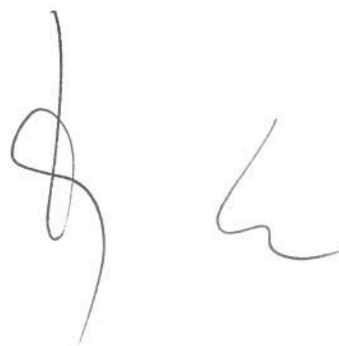
Responsabile: Dr. Sergio Cozzari

### OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO QUALITA'

| Obiettivo   | Indicatore   | Valore<br>Negoziato | Range |       | Peso |
|---|--|---------------------|-------|-------|------|
|   |  |                     | 0%    | 100%  |      |
| Promuovere l'appropriatezza e la sicurezza delle cure attraverso l'adesione a linee guida, protocolli diagnostico-terapeutici e procedure operative | Definizione ed implementazione della procedura per la corretta prescrizione degli esami preoperatori | 100,00              | 0,0   | 100,0 | 3    |
|   | Predisposizione ed implementazione di una procedura aziendale per l'attività di Triage in PS         | 100,00              | 0,0   | 100,0 | 3    |

Peso Obiettivo: 25

**Totale Pesi: 100**



## Scheda B di Budget - Piano delle Risorse: Anno 2014

Dipartimento Emergenza Accettazione - Responsabile: Dr. Sergio Cozzari

### PERSONALE DIPENDENTE

| Profilo professionale     | Unità da Turn Over | Unità aggiuntive | Note   |
|---------------------------|--------------------|------------------|--|
| Dirigente Medico          |                    | 2                | UOS Pronto Soccorso Trasimeno                                |
| Dirigente Medico          | 1                  | 1                | UOC Pronto Soccorso Alto Tevere                              |
| Dirigente Medico          |                    | 1                | UOC Anestesia e Rianimazione Alto Tevere                     |
| Personale Infermieristico |                    | 1                | UOC Pronto Soccorso Area Sude sede Assisi da risorse interne |
| OSS                       |                    | 2                | UOC Pronto Soccorso Alto Chiascio                            |

Nel corso dell'anno 2014, la Direzione Aziendale avvierà il processo di stabilizzazione del personale con incarico a tempo determinato su posto vacante (escluso supplenze e sostituzioni) compatibilmente con i tempi di effettuazione delle procedure di reclutamento

### LPA - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE AZIENDALE

| Tipologia Attività | Ore/settimana previste   | Note                 |
|--------------------|--------------------------|----------------------|
| Anestesia          | 365 turni di PD notturna | UOS Anestesia Assisi |



## Scheda B di Budget - Piano delle Risorse: Anno 2014

Dipartimento Emergenza Accettazione - Responsabile: Dr. Sergio Cozzari

### FONDI DI INVESTIMENTO PER ATTREZZATURE SANITARIE, ARREDI E TECNOLOGIA INFORMATICA

Dopo la contrazione del mutuo, le cui procedure sono in corso, la Direzione negozierà uno specifico budget economico per gli investimenti sulla base delle necessità segnalate e della compatibilità economica. Gli investimenti 2014 dovranno essere destinati, prioritariamente, all'eventuale sostituzione di apparecchiature che si renderanno non più utilizzabili e necessarie allo svolgimento delle attività e alla sicurezza degli assistiti.

### FORMAZIONE

Le attività di formazione e di aggiornamento del personale sono previste nel Piano di Formazione Aziendale 2014



The logo for USL Umbria 1, featuring a red silhouette of the Umbria region above the text "USL Umbria 1".

**USL Umbria 1**

**Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 1**

**Documento di Budget - Anno 2014**

Dipartimento di Prevenzione

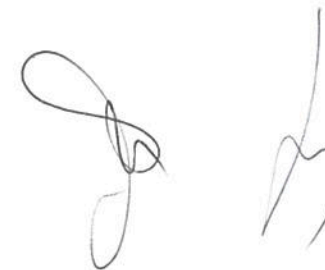
Responsabile Dr. Antonio Ruina





## NOTE VINCOLANTI AL BUDGET 2014



- Il documento di budget aziendale contrattato impegna il responsabile di struttura al puntuale rispetto di quanto sottoscritto, in base alle risorse negoziate – **Non sono consentite variazioni unilaterali.**
- La **valutazione sul raggiungimento dei risultati** viene espressa in percentuale, da un **minimo di 0 ad un massimo di 100% con percentuali intermedie**, in rapporto al valore di consuntivo rispetto ai valori di range fissati.
- La valutazione verrà effettuata dal Comitato di Budget, il quale dovrà esplicitare le motivazioni che hanno determinato la percentuale di raggiungimento del risultato. Al fine di standardizzare l'emissione del giudizio vengono individuate 5 categorie di esito: **0 - 25% = Insufficiente; 26 - 50% = Scarso; 51 - 75% = Sufficiente; 76 - 85% = Più che sufficiente; 86 - 100% = Buono.**
- Salvo diverso accordo, devono essere **mantenute le performance relative alle attività dovute o ai progetti precedentemente avviati.**



- I dati quantitativi per la verifica del raggiungimento degli obiettivi saranno, salvo diverso accordo definito, quelli resi disponibili al **Sistema Informativo Aziendale** secondo le seguenti modalità:
1. **SISTEMA CUP** – Validazione dei piani di lavoro e tempestiva comunicazione al Back-Office, che provvederà all'aggiornamento delle prestazioni, **entro il giorno 8 del mese successivo a quello di erogazione, anche per far fronte agli obblighi previsti dal Ministero delle Finanze** (art. 50 del Decreto-Legge n. 269/ 2003 convertito, con modificazioni, in legge n. 326/2003).
  2. **SDO** – Trasmissione alle Direzioni di Stabilimento Ospedaliero delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), correttamente compilate e codificate entro 15 giorni dalla dimissione. L'inserimento dei dati nel sistema informatizzato, da parte delle Direzioni di Stabilimento Ospedaliero, dovrà terminare **entro il 20 del mese successivo la chiusura del trimestre.**
  3. **ASTER** - Registrazione delle attività **entro il giorno 10 del mese successivo la chiusura del trimestre**
  4. **ATLANTE** - Registrazione delle attività **entro il giorno 10 del mese successivo la chiusura del trimestre.**
  5. Per la rilevazione delle attività territoriali non gestite dalle procedure ASTER ed ATLANTE, restano validi i modelli cartacei "ufficiali" che dovranno essere trasmessi al Servizio Pro.C.S.I. entro il **10 del mese successivo la chiusura del trimestre.**
- Le U.O. dovranno aderire alle azioni del **Piano Qualità e Risk Management 2014**

***Il mancato rispetto di tali condizioni vincolanti determinerà una penalizzazione complessiva sul risultato che, a valutazione del Comitato di Budget, potrà raggiungere un massimo del 10%.***

- Nel caso in cui il CdR è ostacolato nel raggiungimento di un obiettivo a causa della mancata collaborazione di altri CdR, Servizi o U.O., il Responsabile di CdR dovrà prontamente comunicare tali situazioni alla Direzione Aziendale per consentire di rimuovere gli ostacoli o di sostituire/modificare l'obiettivo.
- La **prima relazione sull'andamento degli obiettivi di budget** (rilevati al 31 Marzo), con evidenziazione di eventuali criticità, andrà consegnata dai Responsabili di Macrostruttura alla Direzione Aziendale **entro il 10 Maggio**. Le richieste di variazioni di budget, opportunamente motivate, dovranno essere inviate alla Direzione Aziendale.
- La **seconda relazione sull'andamento degli obiettivi di budget** (rilevati al 30 Giugno), con evidenziazione di eventuali criticità, andrà consegnata dai Responsabili di Macrostruttura alla Direzione Aziendale **entro il 10 Agosto**. Le richieste di variazioni di budget, opportunamente motivate, dovranno essere inviate alla Direzione Aziendale.
- La **relazione finale sul grado di raggiungimento degli obiettivi di budget** andrà consegnata dai Responsabili di Macrostruttura alla Direzione Aziendale **entro il 28 Febbraio 2015**.



Scheda A di Budget - Programma di Attività: Anno 2014

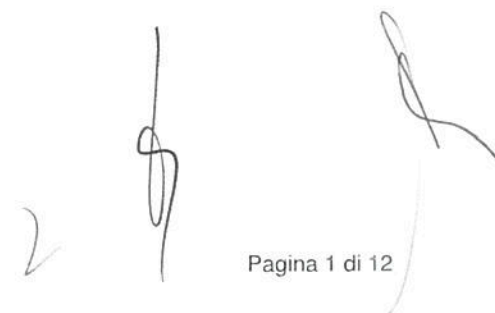
Dipartimento di Prevenzione

Responsabile: Dr. Antonio Ruina

OBIETTIVI DI ATTIVITA'

| Obiettivo   | Indicatore  | Valore negoziato | Range |       | Peso OBT |
|---|---|------------------|-------|-------|----------|
|   |   |                  | 0%    | 100%  |          |
| Garantire, in collaborazione tra DIP, Distretti, MMG e PLS, la prevenzione delle malattie infettive soggette a vaccinazione, attraverso il perseguimento di adeguati livelli di copertura vaccinale | 1) Tasso di copertura vaccinale per vaccinazioni obbligatorie                               | 95,00            | 90,00 | 95,00 | 1,00     |
|   | 2) Tasso di copertura vaccinale per MPR (I^dose)  | 95,00            | 90,00 | 95,00 | 1,00     |
|   | 3) Tasso di copertura vaccinale per MPR (II^dose; bambini 5-6 anni)                         | 90,00            | 80,00 | 90,00 | 1,00     |
|   | 4) Tasso di copertura vaccinale per meningococco C (entro 24° mese di vita)                 | 85,00            | 75,00 | 85,00 | 1,00     |
|   | 5) Tasso di copertura vaccinale per pneumococco   | 90,00            | 80,00 | 90,00 | 1,00     |
|   | 6) Tasso di copertura vaccinale per HPV   | 80,00            | 65,00 | 80,00 | 1,00     |
|   | 7) Tasso di copertura vaccinale per influenza stagionale in soggetti ultrasessantacinquenni | 76,00            | 65,00 | 76,00 | 1,00     |

Peso obiettivo: 7,00





Scheda A di Budget - Programma di Attività: Anno 2014

Dipartimento di Prevenzione

Responsabile: Dr. Antonio Ruina

OBIETTIVI DI ATTIVITA'

| Obiettivo   | Indicatore  | Valore negoziato | Range          |                | Peso OBT |
|---|---|------------------|----------------|----------------|----------|
|   |   |                  | 0%             | 100%           |          |
| Controllare la qualità delle acque da destinare al consumo umano attraverso un'attività integrata con Ente Gestore, Comuni, ATO ed ARPA                                       | 1) N° campioni acque potabili prelevati da rete acquedottistica (prelievi chimici e microbiologici)   | 2.055,00         | 1.644,00       | 2.055,00       | 3,00     |
|   | 2) Predisposizione relazione riepilogativa sul monitoraggio con il nuovo sistema informatico ARATAS dei risultati analitici reattivi al controllo di potabilità delle acque | Esito positivo   | Esito negativo | Esito positivo | 1,00     |
| <b>Peso obiettivo: 4,00</b>   |   |                  |                |                |          |
| Uniformare nell'ambito delle strutture operative procedure e strumenti di vigilanza   | 1) Predisposizione check-list di controllo per verifiche ispettive su piscine e controlli ambientali per legionella   | Esito positivo   | Esito negativo | Esito positivo | 3,00     |
|   | <b>Peso obiettivo: 3,00</b>   |                  |                |                |          |
| Effettuare l'attività di controllo dei chironomidi al Lago Trasimeno secondo quanto previsto dal Piano Regionale (Ordinanza D.P.G.R. 19/7/2004), mediante utilizzo hovercraft | 1) N° trattamenti   | 50,00            | 40,00          | 50,00          | 3,00     |
|   | <b>Peso obiettivo: 3,00</b>   |                  |                |                |          |

Scheda A di Budget - Programma di Attività: Anno 2014

Dipartimento di Prevenzione

Responsabile: Dr. Antonio Ruina

OBIETTIVI DI ATTIVITA'

| Obiettivo   | Indicatore   | Valore negoziato | Range    |          | Peso OBT |
|---|--|------------------|----------|----------|----------|
|   |  |                  | 0%       | 100%     |          |
| Mantenere i livelli di controllo già previsti da Piano straordinario di vigilanza negli ambienti di lavoro in applicazione del Patto per la salute nei luoghi di lavoro | 1) N° complessivo di controlli ( imprese edili, aziende di altri comparti e lavoratori autonomi) | 1.500,00         | 1.300,00 | 1.500,00 | 3,00     |

Peso obiettivo: 3,00

Nota: Il valore potrà essere riveduto sulla base dei piani regionali.

|   |   |        |       |        |      |
|---|---|--------|-------|--------|------|
| Mantenere l'attività di ricerca attiva, nell'ambito del monitoraggio delle malattie professionali, dei casi di tumore riconducibili alla esposizione lavorativa a cancerogeni | 1) % indagini anamnestiche attivate sul casi censiti o segnalati da altre fonti e ritenuti di interesse dopo valutazione preliminare di significatività | 100,00 | 80,00 | 100,00 | 3,00 |
|---|---|--------|-------|--------|------|

Peso obiettivo: 3,00

|  |   |                |                |                |      |
|--|---|----------------|----------------|----------------|------|
| Armonizzare e potenziare la sicurezza alimentare lungo tutta la filiera, alla luce del cosiddetto Pacchetto Igiene, compresi i Servizi Sanitari interessati (Servizi Veterinari e Servizi di Igiene degli Alimenti e Nutrizione) | 1) Adeguamenti e completamenti Piano Pluriennale di controllo 2011/2014 (Reg.CE 882/2004) e successive integrazioni | Esito positivo | Esito negativo | Esito positivo | 2,00 |
|  | 2) Attivazione ed espletamento Piani Regionali/Nazionali/Comunitari   | Esito positivo | Esito negativo | Esito positivo | 2,00 |

Peso obiettivo: 4,00




Scheda A di Budget - Programma di Attività: Anno 2014

Dipartimento di Prevenzione

Responsabile: Dr. Antonio Ruina

OBIETTIVI DI ATTIVITA'

| Obiettivo   | Indicatore   | Valore negoziato | Range |        | Peso OBT |
|---|--|------------------|-------|--------|----------|
|   |  |                  | 0%    | 100%   |          |
| Rafforzare l'azione di contrasto all'obesità in linea con quanto previsto dalla Carta Europea | 1) % menù mense scolastiche controllati su richiesta dell'utenza   | 100,00           | 80,00 | 100,00 | 3,00     |
|   | 2) N° verifiche effettuate in fase di vigilanza del menù nella ristorazione scolastica   | 16,00            | 13,00 | 16,00  | 2,00     |
|   | 3) N° iniziative educative/formative per la promozione di una sana alimentazione e di un'appropriata attività fisica effettuate in forma integrata | 11,00            | 7,00  | 11,00  | 2,00     |

Peso obiettivo: 7,00





Scheda A di Budget - Programma di Attività: Anno 2014

Dipartimento di Prevenzione

Responsabile: Dr. Antonio Ruina

OBIETTIVI DI ATTIVITA'

| Obiettivo   | Indicatore   | Valore negoziato | Range |        | Peso OBT |
|---|--|------------------|-------|--------|----------|
|   |  |                  | 0%    | 100%   |          |
| Mantenere l'attività di vigilanza e controllo nelle Aziende di produzione, confezionamento, distribuzione, somministrazione di alimenti e bevande da parte del Servizio IAN sulla base dell'analisi del rischio | 1) N° controlli aziende di produzione acque minerali   | 4,00             | 3,00  | 4,00   | 2,00     |
|   | 2) N° controlli in mense strutture sanitarie protette per anziani e disabili autorizzate                           | 24,00            | 20,00 | 24,00  | 2,00     |
|   | 3) N° controlli aziende di produzione pane e prodotti di panetteria  | 26,00            | 20,00 | 26,00  | 2,00     |
|   | 4) N° controlli aziende settore vitivinicolo   | 15,00            | 12,00 | 15,00  | 2,00     |
|   | 5) N° controlli depositi alimentari e piattaforme distributive   | 22,00            | 18,00 | 22,00  | 2,00     |
|   | 6) N° controlli alle cosiddette "Casette dell'acqua" pubblica distribuzione di acqua trattata naturale e frizzante | 8,00             | 6,00  | 8,00   | 2,00     |
| <b>Peso obiettivo: 12,00</b>  |  |                  |       |        |          |
| Controllare gli alimenti di origine animale provenienti da scambi intra-comunitari e da importazioni extra-comunitarie  | 1) N° richieste, da UVAC e PIF, di controlli evase   | 100,00           | 80,00 | 100,00 | 1,00     |
| <b>Peso obiettivo: 1,00</b>   |  |                  |       |        |          |

Scheda A di Budget - Programma di Attività: Anno 2014

Dipartimento di Prevenzione

Responsabile: Dr. Antonio Ruina

OBIETTIVI DI ATTIVITA'

| Obiettivo   | Indicatore  | Valore negoziato | Range    |          | Peso OBT |
|---|---|------------------|----------|----------|----------|
|   |   |                  | 0%       | 100%     |          |
| Mantenere l'attività di vigilanza e controllo nelle Aziende di produzione, confezionamento, distribuzione, somministrazione di alimenti e bevande da parte dei servizi IAOA sulla base dell'analisi del rischio | 1) N°controlli stabilimenti riconosciuti di prodotti ittici | 100,00           | 80,00    | 100,00   | 2,00     |
|   | 2) N° controlli stabilimenti riconosciuti di carni          | 756,00           | 605,00   | 756,00   | 2,00     |
|   | 3) N° controlli stabilimenti riconosciuti di macellazione   | 1.313,00         | 1.050,00 | 1.313,00 | 2,00     |
|   | 4) N° controlli centri imballaggi/cash and carry            | 23,00            | 18,00    | 23,00    | 2,00     |
| <b>Peso obiettivo: 8,00</b>   |   |                  |          |          |          |



Scheda A di Budget - Programma di Attività: Anno 2014

Dipartimento di Prevenzione

Responsabile: Dr. Antonio Ruina

OBIETTIVI DI ATTIVITA'

| Obiettivo  | Indicatore   | Valore negoziato | Range          |                | Peso OBT |
|--|--|------------------|----------------|----------------|----------|
|  |  |                  | 0%             | 100%           |          |
| Ridurre i fattori di rischio per il consumatore attuando interventi di controllo sulla produzione, deposito, commercializzazione, ed uso di principi farmacologici e chimici | 1) N°Ditte di prod.,dep.,commerc.del farmaco veterinario controllate         | 40,00            | 20,00          | 40,00          | 2,00     |
|  | 2) N° aziende zootecniche a carattere intensivo controllate                  | 490,00           | 250,00         | 490,00         | 2,00     |
|  | 3) N°ambulatori veterinari controllati                                       | 35,00            | 15,00          | 35,00          | 2,00     |
|  | 4) % prescrizioni sanitarie controllate su quelle pervenute                  | 40,00            | 20,00          | 40,00          | 2,00     |
|  | 5) Attivazione ed espletamento dei Piani Naz.li di ricerca e dei Piani Az.li | Esito positivo   | Esito negativo | Esito positivo | 2,00     |

**Peso obiettivo: 10,00**

Scheda A di Budget - Programma di Attività: Anno 2014

Dipartimento di Prevenzione

Responsabile: Dr. Antonio Ruina

OBIETTIVI DI ATTIVITA'

| Obiettivo   | Indicatore  | Valore negoziato | Range          |                | Peso OBT |
|---|---|------------------|----------------|----------------|----------|
|   |   |                  | 0%             | 100%           |          |
| Ridurre i fattori di rischio per il consumatore attuando interventi di controllo sulla produzione e sull'utilizzo degli alimenti zootecnici attraverso programmi di attività e monitoraggio in applicazione anche dei Piani Naz.li di ricerca e dei Piani Az.li | 1) N° aziende controllate del settore (mangimifici industriali, mangimifici aziendali, rivenditori)         | 100,00           | 60,00          | 100,00         | 2,00     |
|   | 2) N° aziende zootecniche a carattere intensivo controllate   | 490,00           | 250,00         | 490,00         | 2,00     |
|   | 3) Attivazione ed espletamento dei Piani Naz.li di ricerca e dei Piani Az.li                                | Esito positivo   | Esito negativo | Esito positivo | 2,00     |
| <b>Peso obiettivo: 6,00</b>   |   |                  |                |                |          |
| Tutelare il benessere animale, anche ai fini della qualità delle produzioni, coordinando ed indirizzando le attività di vigilanza   | 1) N° aziende zootecniche controllate   | 480,00           | 250,00         | 480,00         | 2,00     |
|   | 2) N° impianti del settore controllati (aziende di trasporto, stalle di sosta, mercati, punti di controllo) | 40,00            | 25,00          | 40,00          | 2,00     |
| <b>Peso obiettivo: 4,00</b>   |   |                  |                |                |          |

Scheda A di Budget - Programma di Attività: Anno 2014

Dipartimento di Prevenzione

Responsabile: Dr. Antonio Ruina

OBIETTIVI DI ATTIVITA'

| Obiettivo  | Indicatore  | Valore negoziato | Range          |                | Peso OBT |
|--|---|------------------|----------------|----------------|----------|
|  |   |                  | 0%             | 100%           |          |
| Mantenere l'attività di profilassi per l'eradicazione della BRC bovina e della LBE   | 1) N° allevamenti bovini controllati ai sensi della decisione CEE specifica | 190,00           | 152,00         | 190,00         | 3,00     |
| <b>Peso obiettivo: 3,00</b>  |   |                  |                |                |          |
| Mantenere l'attività di profilassi per l'eradicazione della BRC ovina  | 1) N° allevamenti ovini controllati ai sensi della decisione CEE specifica  | 295,00           | 237,00         | 295,00         | 3,00     |
| <b>Peso obiettivo: 3,00</b>  |   |                  |                |                |          |
| Attuare il programma di sorveglianza per la eradicazione della TBC bovina  | 1) N° allevamenti bovini controllati ai sensi della normativa specifica     | 364,00           | 292,00         | 364,00         | 2,00     |
| <b>Peso obiettivo: 2,00</b>  |   |                  |                |                |          |
| Sostenere i sistemi di sorveglianza e le indagini campionarie accreditati a livello nazionale e regionale (PASSI, PASSI d'Argento, OKKIO alla Salute, HBSC/GYTS) garantendo le rilevazioni programmate a livello nazionale e regionale | 1) Attuazione delle rilevazioni programmate                                 | Esito positivo   | Esito negativo | Esito positivo | 2,00     |
| <b>Peso obiettivo: 2,00</b>  |   |                  |                |                |          |

Scheda A di Budget - Programma di Attività: Anno 2014

Dipartimento di Prevenzione

Responsabile: Dr. Antonio Ruina

OBIETTIVI DI ATTIVITA'

| Obiettivo   | Indicatore  | Valore negoziato | Range          |                | Peso OBT |
|---|---|------------------|----------------|----------------|----------|
|   |   |                  | 0%             | 100%           |          |
| Realizzare un sistema di sorveglianza aziendale sullo stato di salute della popolazione attraverso l'elaborazione delle banche dati esistenti | 1) Attuazione e diffusione di un sistema di reportistica concordato in ambito aziendale per il monitoraggio dello stato di salute della popolazione | Esito positivo   | Esito negativo | Esito positivo | 2,00     |
| <b>Peso obiettivo: 2,00</b>   |   |                  |                |                |          |
| Realizzare un sistema di sorveglianza sui risultati di salute dei servizi attraverso l'elaborazione delle banche dati esistenti               | 1) Attuazione e diffusione di un sistema di reportistica concordato al livello aziendale per il monitoraggio dei risultati di salute dei servizi    | Esito positivo   | Esito negativo | Esito positivo | 2,00     |
| <b>Peso obiettivo: 2,00</b>   |   |                  |                |                |          |
| Promuovere un'attività motoria salubre attraverso l'accertamento della idoneità all'attività sportiva   | 1) N° visite accertamento idoneità sportiva (CUP)   | 8.500,00         | 6.500,00       | 8.500,00       | 3,00     |
| <b>Peso obiettivo: 3,00</b>   |   |                  |                |                |          |
| Razionalizzare le procedure amministrativo/contabili al fine di ridurre i tempi di emissione degli ordini di pagamento e delle fatture attive | 1) Monitoraggio trimestrale sui tempi di emissione  | Esito positivo   | Esito negativo | Esito positivo | 2,00     |
| <b>Peso obiettivo: 2,00</b>   |   |                  |                |                |          |

Scheda A di Budget - Programma di Attività: Anno 2014

Dipartimento di Prevenzione

Responsabile: Dr. Antonio Ruina

OBIETTIVI DI TIPO ORGANIZZATIVO

| Obiettivo   | Indicatore   | Valore negoziato | Range          |                | Peso OBT |
|---|--|------------------|----------------|----------------|----------|
|   |  |                  | 0%             | 100%           |          |
| Riorganizzare e razionalizzare i servizi assistenziali (DGR 970/12-L.R.18/12) allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza con la messa a regime di modelli assistenziali che promuovono la centralità del paziente e un corretto utilizzo delle risorse. | 1) Messa in atto di iniziative volte a garantire il raggiungimento degli obiettivi di riorganizzazione per il proprio ambito di competenza | Esito positivo   | Esito negativo | Esito positivo | 3.00     |

Peso obiettivo: 3,00

Scheda A di Budget - Programma di Attività: Anno 2014

Dipartimento di Prevenzione

Responsabile: Dr. Antonio Ruina

OBIETTIVI DI MIGLIORAMENTO QUALITA'

| Obiettivo  | Indicatore  | Valore negoziato | Range          |                | Peso OBT |
|--|---|------------------|----------------|----------------|----------|
|  |   |                  | 0%             | 100%           |          |
| Migliorare i sistemi di programmazione e controllo delle attività attraverso lo sviluppo quali-quantitativo dei sistemi informativi e la registrazione completa dei dati | 1) Diffusione e omogenizzazione dei modelli di rilevazione dati | Esito positivo   | Esito negativo | Esito positivo | 3.00     |

Peso obiettivo: 3,00

Totale Pesi: 100,00





## Scheda B di Budget - Piano delle Risorse: Anno 2014

Dipartimento di Prevenzione - Responsabile: Dr. Antonio Ruina

### PERSONALE DIPENDENTE

| Profilo professionale | Unità da Turn Over | Unità aggiuntive | Note       |
|-----------------------|--------------------|------------------|------------|
| Dirigente Medico      | 1                  |                  | UOS I.A.N. |
| Assistente Sanitario  | 1                  |                  | UOC ISP    |
| Tecnico Prevenzione   | 2                  |                  | UOC ISP    |
|                       |                    |                  |            |

Nel corso dell'anno 2014, la Direzione Aziendale avvierà il processo di stabilizzazione del personale con incarico a tempo determinato su posto vacante (escluso supplenze e sostituzioni) compatibilmente con i tempi di effettuazione delle procedure di reclutamento

### CONTRATTI LIBERO PROFESSIONALI

| Tipologia Attività | Ore/settimana previste | Note   |
|--------------------|------------------------|--|
| Cardiologia        | 36                     | UOC Medicina e Traumatologia dello Sport Area Nord |
|                    |                        |  |
|                    |                        |  |

### CONVENZIONE SPECIALISTICA INTERNA

| Tipologia Attività   | Ore settimanali 2013 | Ore settimanali aggiuntive | Note |
|----------------------|----------------------|----------------------------|------|
| Medicina dello Sport | 52                   |                            |      |
| Veterinari           | 300                  |                            |      |



## Scheda B di Budget - Piano delle Risorse: Anno 2014

Dipartimento di Prevenzione - Responsabile: Dr. Antonio Ruina

### FONDI DI INVESTIMENTO PER ATTREZZATURE SANITARIE, ARREDI E TECNOLOGIA INFORMATICA

Dopo la contrazione del mutuo, le cui procedure sono in corso, la Direzione negozierà uno specifico budget economico per gli investimenti sulla base delle necessità segnalate e della compatibilità economica. Gli investimenti 2014 dovranno essere destinati, prioritariamente, all'eventuale sostituzione di apparecchiature che si renderanno non più utilizzabili e necessarie allo svolgimento delle attività e alla sicurezza degli assistiti.

### FORMAZIONE

Le attività di formazione e di aggiornamento del personale sono previste nel Piano di Formazione Aziendale 2014

A handwritten signature in black ink, consisting of a vertical line with a circular loop at the top and a stylized, sweeping flourish at the bottom.